



Gemeinschaftspraxis
Dr. Hancock ★ dr. med. dent. Lappy
Friedrichstr. 33
80801 München

Tel.: 089/33 06 67 15 ★ Fax: 089/ 33 06 67 21
praxis@zahnplanet.de ★ www.zahnplanet.de

Anmeldung

Nachname _____ Vorname _____ Spitzname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____ Lieblingsbeschäftigung _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Handy _____

Mutter (Vor- und Zuname) _____ Titel _____ geb. _____

Vater (Vor- und Zuname) _____ Titel _____ geb. _____

Wie ist Ihr Kind versichert und über wen ? gesetzlich privat Mutter Vater

Name der Krankenversicherung _____

Kinderarzt: Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Arzt/Bekannte _____ Internet/Telefonbuch Sonstige _____

Möchten Sie einen Tag vor Ihrem vereinbarten Termin erinnert werden?**ja** **nein**

Möchten Sie in unser Recall-System für die Routine-Kontrolle aufgenommen werden?**ja** **nein**

Ich habe den Gesundheitsfragebogen aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

München, am _____

Unterschrift der Mutter/des Vaters
bzw. Erziehungsberechtigten

Unterschrift der Zahnärztin

Wenn Sie Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese 24 Stunden vorher zu stornieren. Bei unentschuldig versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallshonorar zu verrechnen. Auch ihr Kind freut sich über einen raschen Termin!-

Bitte wenden –

Allgemeine Fragen zur Gesundheit

1. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? ja nein
Falls ja, worauf? _____
2. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein
3. War/ Ist Ihr Kind je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung (z.B. Anämie, Leukämie, Bluterkrankheit) | <input type="checkbox"/> angeborener Herzfehler |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Blindheit |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme | <input type="checkbox"/> Spastik |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | <input type="checkbox"/> andere Stoffwechselerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung oder Behinderung | |
4. Sonstige Allgemeinerkrankung ja nein
Falls ja, welche? _____
5. Sonstige Syndrome ja nein
Falls ja, welche? _____
6. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Falls ja, welche? _____
7. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach
Ja, im Alter von: _____ / _____ / _____ / _____
8. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ja nein
Falls ja, wo wurde diese Narkose durchgeführt, wann und warum?

Gab es dabei Komplikationen? _____
9. Gab es gesundheitl. Probleme in der Schwangerschaft/ den ersten 2 Lebensjahren? ja nein
Falls ja, welche? _____

Zahnmedizinische Fragen

10. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein
11. Wie lange wurde das Kind gestillt / bekam es die Flasche? _____
12. Was war / ist in der Flasche? _____
13. Wurde / wird ein Schnuller benutzt / Daumen gelutscht? ja nein
14. Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride? ja nein
Falls ja, in welcher Form? Tabletten / Fluoridsalz / Zahnpasta / Fluoridgel
15. Wie putzt Ihr Kind Zähne? selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / mit Hand / elektrisch
Wie oft? _____
16. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, bei dem die Zähne betroffen waren? ja nein
17. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? _____
18. Ist es der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind? ja nein
Falls nein, wann und bei wem war Ihr Kind? _____
19. Gab es bereits negative Arzt / Zahnarztbesuche? ja nein
Falls ja, wovor hatte Ihr Kind Angst? _____

Fragen an die Eltern

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?
2. Neigen Sie zu Karies/ Zahnfleischbluten/ Zahnstein?

Mutter

- ja nein
ja nein

Vater

- ja nein
ja nein