

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Vielen Dank, dass Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben.

**Unser Ziel** ist es, gemeinsam mit Ihnen dafür zu sorgen, dass Ihr Kind eines Tages nur noch in regelmäßigen Abständen zur Vorsorge zu kommen braucht. Das wird mit Sicherheit gelingen, wenn es an unsere **Prophylaxe** (Maßnahmen zur Vorbeugung von Zahn- und Zahnfleisch-Erkrankungen) teilnimmt und Sie es dabei tatkräftig unterstützen.

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Ihr Kind reservieren. Können Sie einen Termin nicht einhalten, so bitten wir Sie, dies **spätestens 24 Stunden** vorher zu melden.

Frage zur Person des Kindes                      \_\_Mädchen    \_\_Junge

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Die von Ihnen angegebenen Daten werden elektronisch gespeichert und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

## Anmeldebogen für Kinder

**Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

- Steht Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  JA  NEIN  
Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Leidet es an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?  JA  NEIN  
Verträgt Ihr Kind Latex? (Luftballons, Gummihandschuhe)  JA  NEIN  
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen  
oder Medikamente  JA  NEIN  
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  JA  NEIN  
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?  JA  NEIN  
Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?  JA  NEIN  
Blutet es lange bei Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen)  JA  NEIN  
Leidet es an Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV, TBC)  JA  NEIN  
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf- Kiefer-  
Zahnbereich angefertigt?  JA  NEIN

**Für eine Kindgerechte Behandlung ist es notwendig, Ihr Kind möglichst gut zu kennen. Es ist uns eine große Hilfe, wenn Sie auch folgende Fragen beantworten. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.**

Hat Ihr Kind Angst? Allgemein: vor was? \_\_\_\_\_

Beim Zahnarzt: vor was?

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerz                  | <input type="checkbox"/> Geräusch    | <input type="checkbox"/> Geschmack                  |
| <input type="checkbox"/> Anblick der Spritze      | <input type="checkbox"/> Piks        | <input type="checkbox"/> Gefühl während der Spritze |
| <input type="checkbox"/> Gefühl hinterher         | <input type="checkbox"/> Instrumente | <input type="checkbox"/> weiße Kleidung             |
| <input type="checkbox"/> Behandlungslampe         | <input type="checkbox"/> Mundschutz  | <input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl sitzend   |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl liegend |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Andere _____             |                                      |   |

---

---

---

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder Klinik?

keine

---

Falls es schlechte Erfahrungen gibt: Wodurch sind diese ausgelöst worden?  
(z.B. Schmerzen, Spritze, Festhalten, falsche Versprechungen)

---

Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

---

Welche Bedürfnisse hat Ihr Kind/ haben Sie beim Zahnarztbesuch?

---

Hat Ihr Kind schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen?  JA  NEIN

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

Gibt es sonst etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?  
(z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten)

---

***Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittenen Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren. Wir möchten Sie deshalb bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Natürlich können Sie auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.***  
Frage zur Ihrer Person

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): \_\_\_\_\_

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Wenn ja, wodurch ist diese in der Vergangenheit ausgelöst worden?

---

Haben Sie schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen?  JA  NEIN

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_