



Patient/in	_____				
	Name	Vorname	Geburtsdatum		
	Erziehungsberechtigter:				
	<input type="radio"/> Vater		<input type="radio"/> Sonstige: _____		
	<input type="radio"/> Mutter				
Anschrift	_____				
	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
Versicherte/r	_____				
	Name	Vorname	Geburtsdatum		
	Beruf		Arbeitgeber		
Anschrift	_____				
	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
Versicherung	_____	<input type="radio"/> Mitglied		<input type="radio"/> Freiwillig vers.	
	Name	<input type="radio"/> Familienmitglied		<input type="radio"/> beihilfeberechtigt	
		<input type="radio"/> Rentner		<input type="radio"/> Privat vers.	
Hausarzt	_____				
	Name	Ort	Telefon		
Empfohlen durch:	<input type="radio"/> Gelbe Seiten <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Name: _____				

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, damit wir uns vorab ein genaues Bild über die Zahngesundheit Ihres Kindes und Ihre Erwartungen machen können:

	Ja	Nein
Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei wem? _____	0	0
Hat Ihr Kind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten? Wenn ja, gegen welche Stoffe? _____	0	0
Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen? <input type="radio"/> Atemwegs-Erkrankungen <input type="radio"/> Nieren-Erkrankungen <input type="radio"/> Leber-Erkrankungen <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) <input type="radio"/> Infektions-Erkrankungen (z.B. AIDS, HIV, Tuberkulose, Hepatitis) <input type="radio"/> Sonstige _____	0	0
Hat oder hatte Ihr Kind Herz-Kreislaufferkrankungen? <input type="radio"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Endocarditis <input type="radio"/> Herzfehler <input type="radio"/> hoher / niedriger Blutdruck	0	0
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ _____	0	0



Grund Ihres Zahnarztbesuches: O Kontrolluntersuchung O Beratung O Zahnschmerzen
O Zahnfehlstellung O Prophylaxe

Table with columns JA and NEIN. Questions include: Hatte Ihr Kind eine Verletzung im Mundbereich? Wann war der letzte Zahnarztbesuch? Wurden die Zähne geröntgt? Hat Ihr Kind früher schlechte Erfahrungen bei einer zahnärztlichen Behandlung gemacht? Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen? Verwenden Sie einmal wöchentlich Elmex Gelee? Nutzen Sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt? Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? Wie oft werden die Zähne geputzt? Womit werden die Zähne geputzt? Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeiten ein? Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? Woraus trinkt Ihr Kind? Was isst Ihr Kind hauptsächlich? Was isst Ihr Kind als Pausenbrot? Wünschen Sie eine Termin-Erinnerung für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (Recall / Karies - Stopp - Programm)?

Welche Behandlungsmethoden erwarten Sie von unserer Praxis?
Über welche Themen möchten Sie besonders aufgeklärt werden?

Besonderen Wert legen wir auf vorbeugende Maßnahmen, um neue Zahnerkrankungen zu vermeiden und Ihre Mundgesundheit zu erhalten (Prophylaxe). Diese Maßnahmen führen wir nach Bedarf 2-4 Mal pro Jahr durch, wobei ab dem 18. Lebensjahr ein Eigenanteil fällig wird.
Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch vermeiden wir unnötige Wartezeiten und können Sie in Ruhe behandeln. Halten Sie bitte Ihren Termin pünktlich ein. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte den Termin mindestens 2 Praxistage vorher ab. Falls Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor, Ihnen die durch den Praxisausfall entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.
Diesen Anmeldebogen benötigen wir mindestens eine Woche vor Ihrem ersten Termin zurück. Anderenfalls gehen wir davon aus, dass Sie an einer Behandlung nicht interessiert sind und streichen den Termin.