



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß, und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ihr Zahnarzt K. Schuberth

Persönliche Angaben

Name Vorname Geburtsdatum
Kinderarzt

Daten des Versicherungsnehmers:

Name Vorname Geburtsdatum
Straße PLZ, Ort
Telefon Handy E-Mail

Krankenversicherung

Krankenkasse

- gesetzlich versichert privat Zusatzversichert
 privat versichert beihilfeberechtigt Basis-Tarif

Allgemeine Anamnese

Warum kommen Sie mit Ihrem Kind heute zu uns?

Vorsorgeuntersuchung Erstbesuch beim Zahnarzt Schmerzen

nein ja

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Haben Sie selbst Angst vor einem Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Welche Hobbies oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind? Kuscheltiere werden gerne mituntersucht!



Allgemeine Gesundheit

	nein	ja	nähere Angaben
Allergien gegen Medikamente (z. B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andere Allergien od. Überempfindlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andere chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nimmt Ihr Kind noch andere Medikamente?	<input type="text"/>		

Ernährung

1. Was trinkt und isst Ihr Kind zum Frühstück?

Tee Wasser Milch Saft Kakao Limonade

Brot Müsli Nutella Marmelade Käse/Wurst

Trinkt etwas anderes

Isst etwas anders

2. Was gibt es in der Schule oder im Kindergarten zu essen?

belegtes Brot Kuchen Obst Chips Süßigkeiten

Sonstiges



Ernährung Fortsetzung

3. Was gibt es im Laufe des Tages zu trinken?

Wasser

Kakao

Limonade

Milch

Saft

Sonstiges

4. Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen?

Mundhygiene

1. Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt

vom Kind allein

mit Hilfe der Eltern

von den Eltern

< 1 mal täglich

1 mal täglich

> 1 mal täglich

2. Womit werden die Zähne geputzt?

von Hand

elektrisch

Zahncreme mit Fluorid

Zahncreme ohne Fluorid

3. Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich?

Fluoretten

fluoridiertes Salz

Fluorid-Gel

Fluorid. Mundspülung

Bestätigen Sie bitte die Richtigkeit der Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift

Datum

Unterschrift

Bitte drucken Sie die ausgefüllten Seiten aus und bringen Sie ihn zum nächsten Termin mit in die Praxis.