



Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderzahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patientenanmeldung:

Vor- & Nachname des Kindes

Geburtsdatum & Geburtsort des Kindes

Ist das Kind bei Mutter oder Vater mitversichert?

Mutter Vater

Vor- & Nachname des Versicherten (Rechnungsempfänger)

Geburtsdatum & -ort des Versicherten (Rechnungsempfänger)

Adresse des Versicherten (Rechnungsempfänger)

falls abweichend: Adresse des Kindes

Telefon

Mobil

(Falls Sie die Kontaktierung zu medizinischen Sachverhalten über das Mobiltelefon wünschen)

E-Mail

(Falls Sie die Kontaktierung zu medizinischen Sachverhalten per E-Mail wünschen)

Versicherungsstatus des Kindes:

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) absagen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt:

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Sorgerecht:

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Freiwillige Angaben, über die wir uns freuen!)

- Freunde jameda Google Zeitung unsere Website Postwurfsendung
- Banner Instagram Facebook Anzeigen Plakatwerbung Flyer
- Empfehlung durch Arzt: _____
- Sonstiges: _____

Bitte umblättern



üBAG Smile-first und Kids-first, MVZ & Dr. Brothag

Kids-first • Praxis für Kinderzahnheilkunde • Münchner Straße 5 • 83043 Bad Aibling

Telefon 08061 9399242 • Mail hallo@kids-first.dentist • www.kids-first.dentist



Angaben zum Kind:

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?

(Allergien, Medikamenten-Unverträglichkeit, Herzerkrankung, Diabetes, Blutgerinnungsstörung ...)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

Hat Ihr Kind eine Allergie gegen Latex? (Luftballons, Gummihandschuhe etc.) ja nein

Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten?

kooperativ ängstlich, aber die Behandlung war möglich verweigerte die Behandlung

Wie oft putzt Ihr Kind täglich Zähne? 2-3x täglich 1x täglich manchmal gar nicht

Wie putzt sich Ihr Kind die Zähne? selbstständig durch die Eltern mit Hilfe der Eltern

Welche Zahnpasta wird verwendet? Kinderzahnpasta ohne Fluorid Juniorzahnpasta
 Kinderzahnpasta mit Fluorid Erwachsenenzahnpasta

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß ich nicht

Bekommt Ihr Kind die Milchflasche? ja, tagsüber ja, nachts nein

Wird oder wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

Was trinkt Ihr Kind?

Wasser Instanttee Milch Saftschorle Sonstiges: _____
 Eistee ungesüßten Tee Kakao Saft
 Limo gesüßten Tee Cola aromatisiertes Wasser

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

Obst Gemüse Joghurt belegtes Brot Süßigkeiten (auch Milchschnitte etc.)
 Breze etc. Reiswaffeln Kekse Kaugummi Quetschie
 Kuchen Salzstangen Müsliriegel Fruchtschnitte Sonstiges: _____

UnSer Service für Sie:

Wir werden Sie per E-Mail oder SMS über anstehende Termine sowie jährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen informiert halten.

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort & Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Mutter Vater

üBAG Smile-first und Kids-first, MVZ & Dr. Brothag

Kids-first • Praxis für Kinderzahnheilkunde • Münchner Straße 5 • 83043 Bad Aibling

Telefon 08061 9399242 • Mail hallo@kids-first.dentist • www.kids-first.dentist