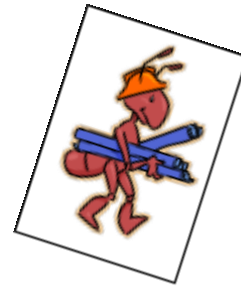


**Zahnarztpraxis**  
Dr. Thomas Haack



WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

## **Anmeldeformular – Kinder**

Herzlich willkommen in meiner Praxis

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihre Behandlung bestmöglich durchzuführen. Sollten Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben, helfen wir gern.

### ➤ **Persönliche Daten**

Nachname / Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

Mein Kind ist versichert über:

Nachname / Vorname \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Ihr Kind kann gern an unserem Recallsystem bzw. an der Kinderprophylaxe teilnehmen. Wir werden Sie dann telefonisch oder schriftlich in regelmäßigen Abständen an den nächsten Vorsorgetermin erinnern.

Ja

Nein

Wir sind ein bisschen neugierig. Wer hat diese Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

➤ **Allgemeine Anamnese**

**Bitte teilen Sie mir im Sprechzimmer wichtige Befunde mit: Hier können Sie mir, bereits einen kurzen Überblick über Ihr Kind vorab geben.**

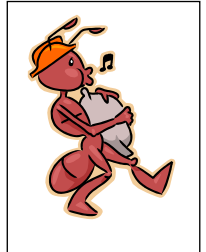
- Bestehen ernsthafte Erkrankungen / Beschwerden  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind ansteckende Erkrankungen oder solche durchgemacht:  
Hepatitis (Gelbsucht), HIV? \_\_\_\_\_

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente in hohen Dosen ein?  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

- Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Jahr/Monat \_\_\_\_\_



➤ **Zahnärztliche Anamnese**

Weshalb suchen Sie mit Ihrem Kind meine Praxis auf, was ist Ihr Hauptanliegen?

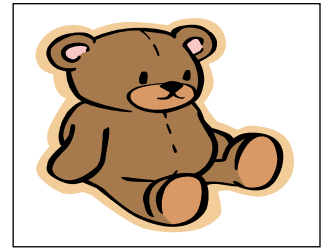
\_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Wurden die Zähne im letzten halben Jahr geröntgt?           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat Ihr Kind einen Röntgenpass?                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Soll Ihr Kind grundsätzlich mit „Spritze“ behandelt werden. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

- Welche Erfahrungen hat Ihr Kind mit der zahnärztlichen Behandlung gemacht?
- keine, da erster Besuch
  - gute
  - geht so
  - schlechte
  - hat sich bisher nicht behandeln lassen

- Hat Ihr Kind traumatische Erfahrung durch:
- Schmerzen bei der Behandlung
  - Festhalten
  - Spritze
  - Falsche Versprechungen („es tut überhaupt nicht weh“)
  - Negative Sprache
  - („Du brauchst keine Angst zu haben“ „Stell Dich nicht so an“)

➤ **Persönliche Angaben**



Haben Sie als Eltern Angst?

Ja

Nein

Hat Ihr Kind allg. Angst?

Ja

Nein

Wovor?

---

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

---

Welche Hobbys hat es?

---

Welches ist das Lieblingsspielzeug?

---

Danke für Ihre Angaben! Ein letztes noch:

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Achim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern