

ANMELDEFORMULAR FÜR KINDER

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DIESER ANMELDEBOGEN DIENST 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 DURCHFÜHREN. 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. _____

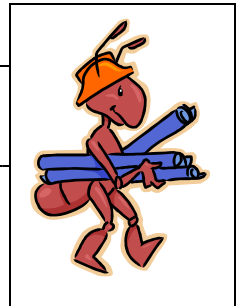
PLZ / WOHNORT _____

E-MAIL / 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

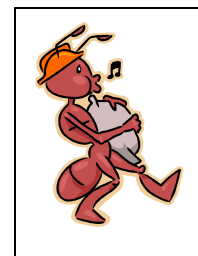
WIR SIND EIN BISSCHEN NEUGIERIG. WER HAT DIESE PRAXIS EMPFOHLEN?

➤ ALLGEMEINE ANAMNESE

BITTE TEILEN SIE UNS IM SPRECHZIMMER WICHTIGE BEFUNDE MIT: HIER KÖNNEN SIE UNS BEREITS EINEN KURZEN ÜBERBLICK 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 GERÖNTGT? (JAHR/MONAT)

➤ ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

WESHALB SUCHEN SIE MIT IHREM KIND MEINE PRAXIS AUF, WAS IST IHR HAUPTANLIEGEN?

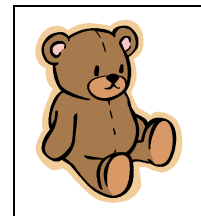
WURDEN DIE ZÄHNE IM LETZTEN HALBEN JAHR GERÖNTGT? JA NEIN

HAT IHR KIND EINEN RÖNTGENPASS? JA NEIN

SOLL IHR KIND GRUNDSÄTZLICH MIT „SPRITZE“ BEHANDELT WERDEN?
 JA NEIN

WELCHE ERFAHRUNGEN HAT IHR KIND MIT DER ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG GEMACHT?

- KEINE, ERSTER BESUCH
- GUTE
- GEHT SO
- SCHLECHTE
- HAT SICH BISHER NICHT BEHANDELN LASSEN



HAT IHR KIND TRAUMATISCHE ERFAHRUNG DURCH:

- SCHMERZEN BEI DER BEHANDLUNG
- FESTHALTEN
- SPRITZE
- FALSCHES VERSPRECHEN („ES TUT ÜBERHAUPT NICHT WEH“)
- NEGATIVE SPRACHE („STELL DICH NICHT SO AN“)
- („DU BRAUCHST KEINE ANGST ZU HABEN“)

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 Ihres Kindes?

Danke für Ihre Angaben! Ein letztes noch:
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Achim, den _____

UNTERSCHRIFT ELTERN