

Aufnahmebogen

Kind / Patient

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort weiblich ☐ männlich ☐

Sorge-/

Erziehungsberechtigter

Mutter ☐ Vater ☐ Pflegeeltern ☐

Name der Krankenkasse

..... privat versichert ☐

gesetzlich versichert ☐ private Zusatzversicherung ☐

Beruf der Eltern

Mutter Vater

Hauptversicherter

Frau ☐ Herr ☐

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort E-Mail

Tel. tagsüber mobil

Kinderarzt

Name, Ort

Hat oder hatte ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	ja ☐ nein ☐	Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis..)	ja ☐ nein ☐
Chronische Bronchitis	ja ☐ nein ☐	Epilepsie (Krampfanfälle)	ja ☐ nein ☐
Herzerkrankung /Herzpass	ja ☐ nein ☐	Sehprobleme	ja ☐ nein ☐
Nieren/-Lebererkrankung	ja ☐ nein ☐	Hörprobleme	ja ☐ nein ☐
Diabetes- /Stoffwechselerkrankung	ja ☐ nein ☐	Sprechprobleme	ja ☐ nein ☐
Genetische Erkrankung	ja ☐ nein ☐	Lernschwäche/ADHS	ja ☐ nein ☐
Blutgerinnungsstörung	ja ☐ nein ☐	Geistige Beeinträchtigung	ja ☐ nein ☐
Tumor	ja ☐ nein ☐	Körperliche Beeinträchtigung	ja ☐ nein ☐

Sonstige Krankheiten Nachgewiesene Allergien (z.B. Latex)

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ☐ ja ☐

Hat ihr Kind alle Schutzimpfungen erhalten? ja ☐ nein ☐

Wurde ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?

nein ☐ ja ☐ Warum?

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. der Geburt? (Frühgeburt)

nein ☐ ja ☐

Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

positiv ☐ neutral ☐ ängstlich ☐ Angst vor Spritzen ☐ erster Zahnarztbesuch ☐

Was ist der Grund des heutigen Besuchs?

Gab es bei vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, das Ihr Kind gestört hat?

.....

Name der vorherigen Zahnarztpraxis

Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? nein ☐ ja ☐ bei

Haben sie ihr Kind gestillt? nein ☐ ja ☐ Wie lange?

Welche Lutschgewohnheiten hat ihr Kind? (Finger/Schnuller)

Geben bzw. gaben sie ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? nein ☐ ja ☐ Bis zu welchem Alter?

Was trinkt ihr Kind heute hauptsächlich?

Wie oft bekommt ihr Kind Süßigkeiten? mehrmals am Tag ☐ einmal am Tag ☐ selten / nicht jeden Tag ☐

Bekommt ihr Kind Fluoride? Wenn ja, in welcher Form? nein ☐ Ja: Zahnpasta ☐ Speisesalz ☐ Tabletten ☐

Wer putzt die Zähne? Kind selbst ☐ Mutter / Vater ☐

Mit welcher Zahnbürste wird geputzt? elektrische Zahnbürste ☐ Schallzahnbürste ☐ Handzahnbürste ☐

Wie oft putzen Sie / das Kind die Zähne? Ist das Kind motiviert? ja ☐ nein ☐

Wird bei ihrem Kind täglich Zahnseide angewendet? nein ☐ ja ☐

Betreuung Ihres Kindes: Zuhause ☐ Kita ☐ Tagesmutter ☐ Kindergarten ☐ Schule ☐

Was sollten wir noch über ihr Kind wissen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze
- ☐ Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn
- ☐ Ich bin nicht erziehungs-/sorgeberechtigt (Vollmacht erforderlich)

.....
Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*

*unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert derjenige, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.

Wir bitten Sie, vereinbarte
Termine pünktlich einzuhalten.
Sollen Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens einen Tag vorher mit, ansonsten müssen wir Ihnen ggf. eine **Ausfallgebühr** in Rechnung stellen.
Vielen Dank für ihr Verständnis!