

Aufnahmebogen

Kind / Patient Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort weiblich männlich

Geschwister nein ja Name Vorname

Name Vorname

Erziehungsberechtigter Mutter Vater Vormund

Name der Krankenkasse beihilfeberechtigt freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

Beruf der Eltern Mutter Vater

Mutter (oder Vormund) Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift Straße / Hausnr.

PLZ / Ort E-Mail

Tel. tagsüber mobil

Vater Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift Straße / Hausnr.

PLZ / Ort E-Mail

Tel. tagsüber mobil

Hauptversicherter Mutter Vater

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/Zangengeburt)

nein ja

Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

erster Zahnarztbesuch positiv neutral ängstlich Angst vor Spritzen

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?

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

Wann? morgens mittags abends zum Einschlafen nachts

Was trinkt ihr Kind heute hauptsächlich?

Nimmt oder nahm ihr Kind den Daumen? nein ja Bis wann?

Nimmt oder nahm ihr Kind den Schnuller? nein ja Bis wann?

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

Benutzen Sie fluoridierte Zahnpasta? ja nein Andere Fluoridquellen: Tabletten Speisesalz

Wer putzt die Zähne? Kind selbst Mutter / Vater

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

Ihr Kind besucht: eine Kita eine Tagesmutter den Kindergarten die Schule

Was sollten wir noch über ihr Kind wissen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten sie an den nächsten Kontrolltermin ihres Kindes erinnert werden?

Anruf E-Mail

Wir bitten Sie vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten. Sollten 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!

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