

# Anmeldebogen

## der Kindersprechstunde

**Zahnarztpraxis  
Susanne Mayer von Wittgenstein**

Tente 53 - 42929 Wermelskirchen  
Telefon: 0 21 96 - 70 80 70  
info@Zahnarztpraxis-MayervonWittgenstein.de

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kindersprechstunde!

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen ihn sorgfältig aus.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihre Kindes optimal anzupassen.

Name:..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Erziehungsberechtigter:  nur Mutter  nur Vater  beide  .....

versichert bei: .....

Behandelnder Kinderarzt: .....

Anschrift.....

Ihr Kind ist eher entspannt  Ihr Kind ist eher angespannt

Letzter Zahnarztbesuch am: .....

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? .....

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? Welches Anliegen haben Sie?

.....

## Allgemeine Anamnese

### Entwicklungsstand

Kam Ihr Kind zum Termin zur Welt? .....

Bekam es häufig Medikamente?.....

Hat Ihr Kind Geschwister?  ja  nein Wenn ja, wie viele? ..... Alter?.....

In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn?.....

### Gesundheitszustand

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein

angeborener Herzfehler

Herzoperation

Sonstiges

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? .....

.....

Ist der Impfschutz vollständig?  ja  nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten ( HIV, Hepatitis, TBC usw.) |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung              | <input type="checkbox"/> Hörschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                | <input type="checkbox"/> Sehschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung             | <input type="checkbox"/> ADS   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> Unfälle   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen              | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                                    |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie usw.?) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm Erkrankungen        | <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja, welche?.....                    |

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  ja  nein  
Falls ja, welche: ..... Grund:.....

Atmet Ihr Kind durch den Mund,  ja  nein  
nuckelt es,  ja  nein  
hat es Angewohnheiten wie Knirschen, Bleistift kauen o.ä.?  ja  nein

### Mundhygiene

#### Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt  
 vom Kind selbst  
 von den Eltern  
 mit Hilfe der Eltern

#### Verwendet wird:

- Kinderzahnpaste mit Fluorid  
 Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid  
 Fluoridgelee  
 Mundspüllösung mit Fluorid  
 Fluoridtabletten  
 Fluoridierung beim Zahnarzt  
 Kochsalz mit Fluorid

#### Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück  
 nach dem Frühstück  
 nach dem Mittagessen  
 direkt nach dem Abendbrot  
 vor dem Schlafen gehen

#### Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste  
 elektrische Zahnbürste  
 Zahnseide  
 Andere Hilfsmittel

### Ernährung

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? .....

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? .....

Trinkt es noch aus der Flasche?  ja  nein Wenn ja, was? .....

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? .....

Was isst Ihr Kind?

– zum Frühstück .....

– in der Pause .....

– zum Mittagessen .....

– zum Abendessen .....

Was isst Ihr Kind zwischendurch? .....

Benutzt es regelmäßig zuckerfreien Kaugummi?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!  
Ihr Praxisteam der Kindersprechstunde