



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Vielen Dank, dass Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben.

Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Ihnen dafür zu sorgen, dass Ihr Kind eines Tages nur noch in regelmäßigen Abständen zur Vorsorge zu kommen braucht. Das wird mit Sicherheit gelingen, wenn es an unserer Prophylaxe (Maßnahmen zur Vorbeugung von Zahn- und Zahnfleisch-Erkrankungen) teilnimmt und Sie es dabei tatkräftig unterstützen.

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Ihr Kind reservieren. Können Sie einen Termin nicht einhalten, so bitten wir Sie, dies **spätestens 24 Stunden** vorher zu melden (auch auf Anrufbeantworter möglich). Bei Nichteinhaltung eines Termins sind wir gezwungen einen Unkostenbeitrag von 75 € zu berechnen.

Personalien des Kindes

☐ Mädchen ☐ Junge

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Versichert bei (Eltern) _____

Versichertennummer _____

Versichertennummer (Kind) _____

Anmeldebogen für Kinder

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung.

Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
Kinderarzt/Hausarzt _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
- Leidet es an Allergien, Asthma, Heuschnupfen? ☐ Ja ☐ Nein
- Verträgt Ihr Kind Latex? (Luftballons, Gummihandschuhe)? ☐ Ja ☐ Nein
- Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein
- Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
- Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? ☐ Ja ☐ Nein
- Hat Ihr Kind eine Zuckerkrankheit (Diabetes), oder Schilddrüsenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
- Blutet es lange nach Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen) ☐ Ja ☐ Nein
- Leidet es an Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV, TBC) ☐ Ja ☐ Nein
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich angefertigt? ☐ Ja ☐ Nein

Für eine Kindgerechte Behandlung ist es notwendig, Ihr Kind möglichst gut zu kennen. Es ist uns eine große Hilfe, wenn Sie auch folgende Fragen beantworten. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Hat Ihr Kind Angst? Allgemein vor was _____

Beim Zahnarzt: vor was?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| ☐ Schmerzen | ☐ Geräusch | ☐ Geschmack |
| ☐ Anblick der Spritzen | ☐ Piecks | ☐ Gefühl während der Spritze |
| ☐ Gefühl hinterher | ☐ Instrumente | ☐ weiße Kleidung |
| ☐ Behandlungslampe | ☐ Mundschutz | ☐ Behandlungsstuhl liegend |

Andere _____

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder Klinik?

☐ keine

Falls es schlechte Erfahrungen gibt: wodurch sind diese ausgelöst worden?
(z. B. Schmerzen, Spritze, Festhalten, falsche Versprechungen)

Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind besondere Vorlieben?
(Spiele, Sport, Bücher...)

Welche Bedürfnisse hat Ihr Kind / haben Sie bei einem Zahnarztbesuch?

Hat Ihr Kind schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? ☐ Ja ☐ Nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Gibt es sonst etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?
(z. B. Außergewöhnliche Lebensumstände, oder andere Besonderheiten?)

**Damit wir eine optimale auf Ihr Kind zugeschnittene
Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr
persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.
Wir möchten Sie deshalb bitten folgende Fragen zu beantworten. Natürlich
können Sie auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.**

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z. B. Mutter des Kindes): _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Wenn ja, wodurch ist diese in der Vergangenheit ausgelöst worden?

Haben Sie schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte an meine Termine per SMS bzw. Anruf erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet und bewillige hiermit
die Behandlung meines Kindes durch Dr. Romanowska-Stein und Ihr Team

Datum: _____

Unterschrift: _____