

# Zahnärztinnen für Kinder

Dr. Dinah Fräßle-Fuchs Dr. Andrea Keller  
MDDr. Barbara Kulda

## Anmeldung

MEDICENT • Innsbrucker Bundesstraße 35 •  
5020 Salzburg

Telefon: 0662 / 9010 2300  
Fax: 0662 / 9010 2309  
www.kinderzahn.at

Nachname*			Vorname*		Spitzname			
Kind -Vers.Nr.*		Geburtsdatum*		Geschlecht*		Lieblingsbeschäftigung		
Straße, Hausnummer*			PLZ, Ort*		Telefon*		Email	
1.Elternteil (Vor- und Zuname)*				Titel		geb.*		
2.Elternteil (Vor- und Zuname)*				Titel		geb.*		
Versicherter - Vers. Nr.*			Kasse*			Arbeitgeber		
Name/Alter der Geschwister								
Kinderarzt*: Name			Adresse			Telefon		
Zahnarzt*: Name			Adresse			Telefon		

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

O Arzt \_\_\_\_\_ O Bekannte \_\_\_\_\_ O Internet O Sonstige \_\_\_\_\_

Ich habe den Gesundheitsfragebogen aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Basierend auf der DSGVO erfolgen Angaben ohne \* freiwillig.

Salzburg, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter/des Vaters  
bzw. Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Zahnärztin

**Wenn Sie Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese 24 Stunden vorher zu stornieren.  
Bei unentschuldig versäumten Terminen sind wir gezwungen, ein Ausfallshonorar zu verrechnen. Auch ihr Kind freut sich über einen raschen Termin!**

-Bitte wenden -

## Allgemeine Fragen zur Gesundheit

1. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? ja  nein   
Falls ja, worauf? \_\_\_\_\_
2. Ist Ihr Kind geimpft? .....ja  nein
3. War/Ist Ihr Kind je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!  
 Bluterkrankung (z.B. Anämie, Leukämie, Bluterkrankheit)  
 Herzerkrankung  angeborener Herzfehler  
 Epilepsie  Fieberkrämpfe  
 Neurodermitis  
 Hörprobleme  Taubheit  
 Sehschwäche  Blindheit  
 Muskelschwäche  Spastik  
 Lungenkrankheiten  Asthma  
 Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  
 Lebererkrankung  Nierenerkrankung  
 Magen-Darm-Erkrankung  
 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  andere Stoffwechselerkrankung  
 Geistige Verzögerung oder Behinderung
4. Sonstige Allgemeinerkrankung..... ja  nein   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Sonstige Syndrome ..... ja  nein   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Ist Ihr Kind hyperaktiv? ..... ja  nein
7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ..... ja  nein   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach  
Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
9. Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ..... ja  nein   
Falls ja, wo wurde diese Narkose durchgeführt, wann und warum?  
\_\_\_\_\_  
Gab es dabei Komplikationen? \_\_\_\_\_
10. Gab es gesundheitl. Probleme in der Schwangerschaft / den ersten 2 Lebensjahren?...ja  nein   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Fragen

11. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ..... ja  nein
12. Wie lange wurde das Kind gestillt / bekam es die Flasche? \_\_\_\_\_
13. Was war / ist in der Flasche? \_\_\_\_\_
14. Wurde / wird ein Schnuller benutzt / Daumen gelutscht? ..... ja  nein
15. Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride?..... ja  nein   
Falls ja, in welcher Form? Tabletten / Fluoridsalz / Zahnpasta / Fluoridgel
16. Wie putzt Ihr Kind Zähne? selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / mit Hand / elektrisch  
Wie oft? \_\_\_\_\_
17. Hatte das Kind jemals einen Unfall, bei dem die Zähne betroffen waren?..... ja  nein
18. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_
19. Ist es der erste Zahnarztbesuch für ihr Kind? ..... ja  nein
20. Gab es bereits negative Arzt / Zahnarztbesuche? ..... ja  nein   
Falls ja, wovor hatte Ihr Kind Angst? \_\_\_\_\_

## Fragen an die Eltern

- |  | 1.Elternteil  | 2.Elternteil  |
|--|---|---|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? .....    | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Neigen Sie zu Karies / Zahnfleischbluten / Zahnstein? ..... | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |