

Zahnärztinnen für Kinder

Dr. Nicola Meißner Dr. Dinah Fräble-Fuchs
Dr. Andrea Keller & Partner GesbR



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
Mutter (Vor- und Zuname)*				Titel		geb.*
Vater (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!

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

- | | Mutter | Vater |
|--|----------------|----------------|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? | ja nein | ja nein |
| 2. Neigen Sie zu Karies / Zahnfleischbluten / Zahnstein? | ja nein | ja nein |