

Zahnärztinnen für Kinder

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



Anmeldung

MEDICENT • Innsbrucker Bundesstraße 35 •
5020 Salzburg

Telefon: 0662 / 9010 2300
www.kinderzahn.at

Nachname*			Vorname*		Spitzname	
Kind -Vers.Nr.*		Geburtsdatum*		Geschlecht*	Lieblingsbeschäftigung	
Straße, Hausnummer*			PLZ, Ort*		Telefon*	E-Mail
1.Elternteil (Vor- und Zuname) *				Titel	geb.*	
2.Elternteil (Vor- und Zuname) *				Titel	geb.*	
Versicherter - Vers. Nr.*			Kasse*			
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 Eltern
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 Ausfallhonorar 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 nein
Falls 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"/> |