



Anmeldung

Kind:

Name Vorname geb. am

Mutter:

Name Vorname geb. am Beruf

Vater:

Name Vorname geb. am Beruf

Telefon:

privat geschäftlich / mobil E-Mail Adresse

Wohnort des Versicherten
.....
PLZ / Ort Straße / Haus-Nr.

Krankenversicherung:
Gesetzliche Versicherung: ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert
Private Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein
Private Versicherung : Basistarifvertrag ☐ Ja, seit wann?..... ☐ Nein
Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind uns bitte umgehend mitzuteilen!
Das Kind ist mitversichert bei ☐ Mutter ☐ Vater / Das Sorgerecht hat ☐ Mutter ☐ Vater
.....
Kein Sorgerecht der Eltern vorhanden => Vormund Tel:

Arbeitgeber des Versicherten
.....
Name PLZ / Ort

Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Std. vorher) absagen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.

München, den Unterschrift

Geschwister:Schwester(n), Alter:Bru(e)der, Alter:	Patient/in: Kinderkrippe ja ☐ nein ☐ Kindergarten ja ☐ nein ☐ Schuljahr
---	---

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Name, Adresse, Telefonnummer Ihres Kinderarztes:

.....

Name und Telefonnummer Ihres Hauszahnarztes:

Wie wurden sie auf uns aufmerksam? ☐ Freunde/Bekannte ☐ Werbung/Plakate ☐ Internet ☐ Sonstiges

Allgemeine Anamnese

Ist das Kind z.Zt. in **ärztlicher** (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Ja ☐ wegen: Nein ☐

Arzt/Ärztin

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja ☐ Nein ☐

Welche:

Herz / Kreislauf:

	Ja	Nein
Herzfehler	☐	☐
Herzgeräusche	☐	☐
Sonstiges		
Herzpass	☐	☐

Stoffwechsel

	Ja	Nein
Diabetes	☐	☐
Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐
Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐
Sonstiges		

Nervensystem

	Ja	Nein
Epileptiforme Anfälle	☐	☐
Krämpfe	☐	☐
Neurol. Störungen		

Blutkrankheiten

	Ja	Nein
Hämophilie (Bluter)	☐	☐
Anämie (Blutarmut)	☐	☐
Sonstiges		

Allergien

	Ja	Nein
Asthma	☐	☐ (nicht bekannt)
Allergie	☐	☐
reagiert allergisch auf:		

Latex	☐	☐ (nicht bekannt)
Allergiepass	☐	☐

Infektionskrankheiten

(das sind z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.)

	Ja	Nein
wenn ja, folgende:	☐	☐
Chronische Atemwegserkrankungen	☐	☐

Krankenhausaufenthalte

	Ja	Nein
	☐	☐
(Monat/Jahr)		

Grund:

Krankenhaus:

Sonstige Erkrankungen, Syndrom, etc.:

.....

Besonderheiten:.....

.....

München, den

Unterschrift Mutter / Vater

Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit Jahren

Heutiges Motiv

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

O gut O mittel O schlecht O keine

Mund-/ Kiefer- Operationen, Unfälle?

☐ FZT ☐ MKG-OP

wann:

Zähne/Strukturen:

Folgen:

Habits

	Ja	Nein
--	----	------

Daumen ☐ bis: ☐

Finger ☐ bis: ☐

Schnuller ☐ bis: ☐

Flasche / Brust

	Ja	Nein
--	----	------

Stillen ☐ bis: ☐

Flasche ☐ bis: ☐

„Nuckler“? ☐ ☐

☐ nachts ☐ tags Inhalt:

KFO-Behandlung

Wurde bereits eine KFO-Behandlung durchgeführt?

	Ja	Nein
--	----	------

Eltern ☐ ☐

Geschwister ☐ ☐

Patient ☐ ☐

KFO geplant?

Patient ☐ ☐

Mundhygiene

Zähneputzen O nicht täglich

O 1 mal täglich

O 2 mal täglich

O 3 mal und öfter täglich

Ja ☐ Nein ☐

Individuelle Fluorid-Anamnese (von der Prophylaxehelferin zu erheben)

	Ja	Nein
Fluoridiertes Speisesalz	☐	☐
Fluoridierte Kinderzahn pasta	☐	☐
Fluoridsupplement Tabletten	☐	☐ (.....mg)

Unterschrift ZMA / Zahnärztin, Datum

Möchten Sie in unseren Recallservice aufgenommen werden?

Ja ☐ E-Mail-Adresse

Nein ☐

Möchten Sie unseren kostenlosen SMS Terminerinnerungs-service nutzen?

Ja ☐ Nein ☐ Handynummer

Datum, Unterschrift Mutter / Vater