

# ANMELDEFRAGEBOGEN

für Kinder von circa 8 bis 12 Jahren



Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir bestmöglich auf die Behandlung vorbereitet sind, bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auf diese Weise kann für alle Beteiligten **ein gutes Gefühl** entstehen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

(Pat.-Nr. \_\_\_\_\_.)

## Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Name, Vorname eines Elternteiles / des Versicherten Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist

Name Ihres Haus- oder Kinderarztes

## Allgemeine Fragen zur Ernährung

	ja	nein		ja	nein
Trinkt Ihr Kind gerne:					
Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fruchtsäfte, Schorle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ungesüßte Tees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Limonaden, Eistees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kakao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Kind isst besonders gerne herzhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele _____		
Ihr Kind isst besonders gerne süße Lebensmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele _____		

Bitte weiter auf der Rückseite

## Allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundhygiene

Wann hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen?

Mit circa \_\_\_\_\_ Monaten.

	ja	nein		ja	nein
Wann werden die Zähne geputzt? morgens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abends	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gleich nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontrollieren Sie die Zahnpflege noch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Putzt Ihr Kind regelmäßig ohne Aufsicht die Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist es evt. auch nachts zu hören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in Ihren Familien Zahnfehlstellungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Machen Sie sich Sorgen um die Zahnstellung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wurde Ihr Kind bereits im Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann? _____		
			und bei wem? _____		

Ist Ihr Kind bereits ernsthaft erkrankt gewesen? Bitte informieren Sie uns:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?   wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist eine Terminerinnerung von Ihnen gewünscht? ja  nein

wenn ja, per: E-Mail  Telefon

bei Erinnerung per E-Mail bitte die aktuelle E-Mail Adresse angeben: \_\_\_\_\_

bei Erinnerung per Telefon bitte die aktuelle Tel.-Nr. angeben: \_\_\_\_\_

Haben Sie ein besonderes Anliegen an uns?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir bieten in unserer Praxis mit geschultem Personal Termine für kindgerechte Zahnreinigung an, die es Ihrem Kind leichter machen, den routinemäßigen Zahnarztbesuch als etwas ganz Normales anzunehmen. Machen Sie dafür einen Termin mit uns aus.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung der o.g. personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Praxisintern - zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_