

# Anmeldebogen mit Anamnese

<b>Name:</b> _____	Wer ist Versicherter?
<b>Vorname:</b> _____	<b>Name:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	Geburtsdatum: _____
_____	_____
<b>Tel. Privat:</b> _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
<b>Geb.-Ort:</b> _____	Name: _____
<b>Krankenkasse:</b> _____	Adresse: _____
pfllichtversichert: ja / nein	_____

1. Bitte tragen Sie alles ein, was von Ihrem Kind über Tag in der Regel gegessen und getrunken wird.

Uhrzeit	Speisen/Getränke
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
Nacht	

2. Bevorzugte Nahrungsmittel sind:

.....  
.....

Abgelehnte Nahrungsmittel sind:

.....  
.....

3. Das Kind trinkt aus

- Becher / Tasse / Glas
- Flasche

Flaschetrinken bis zum Alter von .... Jahren

4. Welche Mineralwassermarke trinken Sie in der Familie bevorzugt?

.....

5. Das Kind

- wird gestillt
- wurde gestillt bis zum Alter von .... Monaten
- wurde nicht gestillt

6. Eine Tablettenfluoridierung

- von Geburt an wurde eine kombinierte Rachitis-Karies-Prophylaxe durchgeführt
- wird durchgeführt Dosierung: .... mg
- wurde durchgeführt bis zum Alter von .... Jahren
- wurde nicht durchgeführt

7. Der erste Milchzahn brach durch mit .... Monaten.

Traten Probleme beim Zahnen auf?

- nein
- ja

8. Sind Lutschgewohnheiten vorhanden?

- nein
- Finger/ Daumen
- Schnuller

9. Werden die Zähne des Kindes geputzt?

- Bisher noch nicht erfolgt
- nicht regelmäßig jeden Tag
- 1 mal     2 mal     3 mal täglich oder mehr
  
- mit Zahnpasta Marke.....
- ohne Zahnpasta

10. Erfolgt die Zahnreinigung

- durch das Kind
- durch Erwachsene

11. Reagiert Ihr Kind bei der Zahnreinigung

- bereitwillig
- mit Widerstand
- wechselnd

12. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie starke Probleme hinsichtlich der Zähne vorhanden?

- ja, und zwar.....
- nein, nichts bekannt.

13. Haben Sie spezielle Fragen bzw. wünschen Sie bestimmte Informationen zum Bereich Zahngesundheit, Zahnreinigung etc.?

.....  
.....

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Allergie oder Arzneimittelempfindlichkeit? | <input type="radio"/> welche? _____ |
| Asthma? ( schwere Atemnot )                | <input type="radio"/> _____         |
| Herz-/ Kreislauferkrankung?                | <input type="radio"/> _____         |
| Blutgerinnungsstörungen?                   | <input type="radio"/> _____         |
| Infektionskrankheit:                       |                                     |
| Gelbsucht, Hepatitis, HIV?                 | <input type="radio"/> _____         |
| Zuckerkrankheit?                           | <input type="radio"/> _____         |
| Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?        | <input type="radio"/> _____         |

Sind in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich  
Röntgenbilder angefertigt worden?

\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind jemals im Kopfbereich einen Unfall oder  
eine Operation?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Wünschen Sie an Ihre halbjährliche Kontroll- und  
Mundhygieneuntersuchung erinnert zu werden?

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Aachen-Oberforstbach, den** \_\_\_\_\_