



Anmeldung für unsere kleinen Patienten!

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Neben den Personalien benötigen wir auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Patientenname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ /Wohnort _____ Straße: _____

Hauptversicherter: _____ geb.: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Firma: _____

Beruf – Tel.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ **privat** Beihilfe

Krankenkasse: _____ **gesetzlich** private Zusatzversicherung

Erkrankungen Ihres Kindes? Bitte, kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.

Anamnese	ja	nein	Anamnese	ja	nein
Tuberkulose (Tbc)			Epilepsie		
Schilddrüsenerkrankung			Diabetes		
Asthma			Krebs		
Allergie			Leukämie		
- welche?			Aids, HIV		
Herzkrankheit			Nierenerkrankung		
Lebererkrankung			Dialyse		
Hepatitis A / B / C			Heuschnupfen		
Bluterkrankung			Chronische Lungenerkrankung		
Hämophilie			Mukoviszidose		
Gerinnungsstörung			Mittelohrentzündung		
Multiple Sklerose			Pneumothorax		
Andere Krankheiten			Reagiert Ihr Kind allergisch auf Medikamente oder Materialien ?		
Welche :			Welche:		
Medikamenteneinnahme?			Ihr Kinderarzt :		
Welche:			Tel.:		
Steht Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	nein	Atmet Ihr Kind vorwiegend	ja	nein
Name des Kieferorthopäden/in:			- durch die Nase ?		
			- durch den Mund ?		

Bitte Blatt wenden!

Anamnese	ja	nein	Anamnese	ja	nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt Ihr Kind selbständig die Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie schätzen Sie diese Angst Ihres Kindes ein? Klein: 0 mittel: 0 groß: 0 Panik: 0		
Leidet Ihr Kind oft unter Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treibt Ihr Kind Sportarten , bei denen ein hohes Verletzungsrisiko für die Zähne besteht? (z.B. Handball, Fußball etc.) Welche Sportarten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vor was hat Ihr Kind Angst bei der Zahnbehandlung		
Trägt Ihr Kind dabei einen Sportmundschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal eine schlechte Erfahrung beim Zahnarzt gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Bohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was war der Grund?			- Betäubungsspritze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- sonst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Welt Ihres Kindes : Eine umfangreiche Beantwortung ermöglicht uns einen guten Zugang zu Ihrem Kind :

Lieblings – Comic: _____ Liebl. – Märchen: _____

Liebl. – Spiel: _____ Liebl. – Sport: _____

Liebl. – Musik: _____ Liebl. – Tier: _____

Liebl. – Buch: _____ Liebl. – Freund: _____

Liebl. – Kuscheltie : _____ Liebl. – Schulfach : _____

Liebl. – Beschäftigung: _____

Empfohlen durch							
Bekannte/r	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	Internet : www.drreichle.de	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift / Erziehungsberechtigte/er

Sehr geehrte Eltern!

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.
Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine im Interesse der anderen Patienten, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns kurzfristig mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wir danken für Ihre Angaben und Ihr Verständnis!

Dr. Wolfgang Reichle & Dr. Stefanie Jahn