



Anmeldung für den kleinen Patienten

KIND:

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Alter _____ Gewicht _____

MUTTER:

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnr. _____ Telefon privat: _____
Postleitzahl/Ort _____ Handynummer: _____

VATER:

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnr. _____ Telefon privat: _____
Postleitzahl/Ort _____ Handynummer: _____

Welche Sprache sprechen Sie? _____

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/SORGEBERECHTIGTE:

gemeinsames Sorgerecht Mutter und Vater
gemeinsames Sorgerecht Mutter und Vater, aber getrennt lebend
alleiniges Sorgerecht Mutter
alleiniges Sorgerecht Vater

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen wir nur Auskünfte über Ihr Kind an oben angegebene Erziehungsberechtigte weitergeben!!!!

Falls Sie weiter Verwandte, Freunde oder Personen nennen wollen, bitte vollständige Namen angeben:

KRANKENVERSICHERUNG:

Das KIND ist mit versichert bei Vater Mutter

Name der gesetzlichen Krankenkasse / der privaten Krankenversicherung _____

Hinweis: Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von zehn Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen.

KINDERARZT (Name, Adresse): _____

HAUSZAHNARZT / ÜBERWEISER (Name, Adresse): _____

ELTERNANAMNESE

Sind bei Ihnen Allergien / sonstige Erkrankungen bekannt? Mutter Vater
Ja Nein Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Ist die Mutter des Patienten schwanger? Ja Nein

Liebe Eltern,

bitte verstehen Sie, dass wir alles Wissenswertes über unseren neuen kleinen Patienten wissen müssen, um ihn so gut wie möglich behandeln zu können. Deswegen haben wir noch ein paar Fragen zu früheren bzw. noch andauernden Krankheiten Ihres Kindes.

Bestanden oder bestehen bei ihrem Kind folgende Vorerkrankungen?

- | | | |
|---|------|--------|
| 1. Früh- oder Mangelgeburt? | Ja O | Nein O |
| Bei einer Frühgeburt, wieviel zu früh? _____ | | |
| 2. Herz/ Kreislauf | | |
| angeborene Herzfehler | Ja O | Nein O |
| Herzgeräusche | Ja O | Nein O |
| Sonstiges? _____ | | |
| 3. Lunge | | |
| Bronchitis | Ja O | Nein O |
| Asthma | Ja O | Nein O |
| Pseudokrupp | Ja O | Nein O |
| Lungenentzündung | Ja O | Nein O |
| Sonstiges? _____ | | |
| 4. Körperliche und/oder geistige Behinderung/ Lernbehinderung | Ja O | Nein O |
| 5. Erkrankungen des Nervensystems | | |
| Krampfanfälle | Ja O | Nein O |
| Sonstiges? _____ | | |
| 6. Allergien/ Unverträglichkeiten | Ja O | Nein O |
| wenn ja, welche _____ | | |
| 7. Häufiges oder ungewöhnlich langes Bluten (z.B. Nasenbluten) | Ja O | Nein O |
| 8. Infekte/ Infektionen (Aids/HIV, Tbc, Hepatitis) | Ja O | Nein O |
| 9. Muskelerkrankungen (auch in der Familie) | Ja O | Nein O |
| 10. Regelmäßige Medikamenteneinnahme | Ja O | Nein O |
| 11. Frühere Operationen? | Ja O | Nein O |
| 12. Sonstige Erkrankungen | Ja O | Nein O |
| (z.B. Drei-Tage-Fieber, Masern, Windpocken, Scharlach...) | | |
| wenn ja, welche _____ | | |

Ernährungsgewohnheiten (Nr. 13-15 nur ausfüllen wenn Ihr Kind unter 5 Jahren ist)

- | | | |
|---|------|--------|
| 13. Haben Sie Ihr Kind gestillt? | Ja O | Nein O |
| wann bzw. wie lange _____ | | |
| 14. Bekam Ihr Kind Flaschennahrung? | Ja O | Nein O |
| Was war in der Babyflasche (Art der Flüssigkeit bitte angeben)? _____ | | |
| Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?/ in der Nacht _____ | | |
| 15. Hatte (oder hat) Ihr Kind einen Schnuller/lutscht es am Daumen? | Ja O | Nein O |
| 16. Lieblingsspeise(n) _____ | | |
| 17. Mag Ihr Kind gerne Süßigkeiten? | Ja O | Nein O |

Zähne Ihres Kindes

- | | | |
|--|------|--------|
| 18. Verließ die Zahnung bei Ihrem Kind normal? | Ja O | Nein O |
| 19. Zähneputzen geht gemeinsam, regelmäßig, ohne Schwierigkeiten | Ja O | Nein O |
| 20. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne nach? | Ja O | Nein O |
| 21. War Ihr Kind schon beim Zahnarzt? | Ja O | Nein O |
| Wie war sein Verhalten beim Zahnarzt? _____ | | |
| 22. Hat oder hatte Ihr Kind bereits Zahnschmerzen? | Ja O | Nein O |
| 23. Grund für Ihren heutigen Besuch beim Kinderzahnarzt _____ | | |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Landshut, den _____

Unterschrift X _____

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen. Dadurch kann Ihrem Kind besser geholfen werden!