

## Aufnahmebogen

### Kind / Patient

Name		Vorname	
geboren am		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Ihr Kind geht in:	<input type="checkbox"/> eine Kita	<input type="checkbox"/> den Kindergarten	<input type="checkbox"/> die Schule/Klasse .....

### Erziehungsberechtigte(r)

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> sonstige .....
Vor- und Nachname der Mutter		geboren am
Telefon privat		Telefon Arbeit
Telefon mobil		E-Mail
Adresse Mutter (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Vor- und Nachname des Vaters		geboren am
Telefon privat		Telefon Arbeit
Telefon mobil		E-Mail
Adresse Vater (Straße, Nr., PLZ, Ort)		

### Krankenversicherung

Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	
Name der Krankenversicherung			
Wer ist der Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen?			
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> sonstige .....	

Kinderarzt / Name		Ort	
Überweisender Arzt / Name		Ort	
Überweisungsgrund			

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Möchten sie an den nächsten Kontrolltermin Ihres Kindes informiert werden?  Ja  Nein

Hinweis zur Organisation: Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden nach GOZ berechnen müssen. (80,- €/Std.) §615.611 BGB.

.....  
Datum, Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten

## Gesundheitsbogen 1/2

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt?  
Wenn ja, welche?

	Ja	Nein
1. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkrankungen der Leber oder Niere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Genetische Erkrankung/ Syndrome? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lernschwäche? AD(H)S?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Herzerkrankungen, -fehler oder Geräusche? Herzpass seit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Besonderheiten bei der Geburt? Wenn ja, <input type="checkbox"/> Frühgeburt? <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt? <input type="checkbox"/> Zangengeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? Wenn ja, warum? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gesundheitsbogen 2/2

### Zahnmedizinische Anamnese

	Ja	Nein
1. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn ja, wann und bei wem? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? Wenn ja, welches? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? .....		

### Ernährung

1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zum Einschlafen <input type="checkbox"/> nachts		
Was war in der Flasche? .....		
3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? .....		
4. Bekommt Ihr Kind regelmäßig Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige(s): <input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Speisesalz <input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? .....		

### Anamnese der Eltern

<b>Mutter</b>	1. Sind sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vater</b>	1. Sind sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

.....  
Datum, Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten