

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?

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 bei wiederholtem Nichterscheinen keine weitere Behandlung in unserer Praxis erfolgen kann. Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter von der Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten/Zahnärzten und Versicherungen (Telefonate, Arztbriefe, Röntgenbilder verschicken/anfordern).

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

Gemeinschaftspraxis
Dr. Katrin Lehmann und Dr. Ulrike Sailer GbR
Söflinger Straße 174/1
89077 Ulm

Telefon: 0731. 1 755 755
Telefax: 0731. 1 755 756
E-Mail: info@putzmunter-ulm.de
Internet: www.putzmunter-ulm.de

Erweiterter Anamnesebogen

Kind / Patient

Name		Vorname	
geboren am		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße/Nr.		PLZ/Ort	

Versicherte(r)

Name		Vorname	
geboren am		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		Mobil-Nr.	

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter von der Schweigepflicht:

- Für die Zusammenarbeit des Praxisteams der Kinderzahnarztpraxis Putzmunter**
- Gegenüber überweisenden Ärzten/Zahnärzten
- Gegenüber Ärzten/Zahnärzten, an die die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter überweist
- Gegenüber Logopäden Gegenüber Physiotherapeuten Versicherungen

Einverständniserklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder und Arztbriefe meines Kindes an mitbehandelnde/überweisende Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Logopäden und Physiotherapeuten übermittelt werden.

- Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter zur Terminerinnerung mit mir in Kontakt tritt.

- Ja Nein

Überweisender Zahnarzt	
Kinderarzt	
Allergien	
Medikamente	

- Mein Kind hat Anspruch auf Pflegegrad nach §15 SGB XI (bitte einen Nachweis vorlegen)
- Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII (bitte einen Nachweis vorlegen)

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

Gesundheitsbogen 1/3

Kind / Patient

Name	Vorname
------	---------

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 2/3

Kind / Patient

Name	Vorname
------	---------

Ernährung

ANZAHL DER MAHLZEITEN

Hauptmahlzeiten

Zwischenmahlzeiten

SÜSSIGKEITEN

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> wenn ja, wie oft? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> 1x täglich |
| | <input type="checkbox"/> mehr als 5x täglich |

ZWISCHENDURCH

TRINKEN

- Tee mit Zucker
 Tee ohne Zucker
 Milch
 Kakao
 Wasser
 Softdrinks, Fruchtsaft
 Sonstiges

ESSEN

- Brot
 Butter
 Käse, Wurst
 Marmelade, Nutella
 Obst, Rohkost
 Süßigkeiten
 Sonstiges

STILLEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wird noch gestillt | <input type="checkbox"/> bis zum Alter von |
| <input type="checkbox"/> tagsüber | |
| <input type="checkbox"/> zum Einschlafen | |
| <input type="checkbox"/> nachts: wie oft | |

TRINKEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aus der Nuckelflasche | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> zum Einschlafen | <input type="checkbox"/> Wasser |
| <input type="checkbox"/> nachts: wie oft | <input type="checkbox"/> Softdrinks/Fruchtsaft |
| <input type="checkbox"/> aus Becher/Tasse/Glas | <input type="checkbox"/> Fruchtschorlen |
| <input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tee mit Zucker | |

Zähne putzen

DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bisher noch nicht | <input type="checkbox"/> ohne Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> nicht regelmäßig | <input type="checkbox"/> mit Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x täglich | <input type="checkbox"/> für Kinder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> für Erwachsene |

DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bereitwillig | <input type="checkbox"/> durch das Kind |
| <input type="checkbox"/> mit Widerstand | <input type="checkbox"/> Mithilfe der Eltern |
| <input type="checkbox"/> wechselhaft | <input type="checkbox"/> durch die Eltern |

DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT

- vor dem Frühstück
 nach dem Frühstück
 nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen
 erst vor dem Zubettgehen

DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> Zahnseide |
| <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Fluoridanamnese

VERWENDEN SIE EINE FLUORIDIERTERTE ZAHNPASTA?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| wenn ja, welche | |

EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG

- wurde nicht durchgeführt
 wird durchgeführt
 Dosierung:
 Präparat:
 wurde durchgeführt bis zum Alter von

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTES SPEISESALZ?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

ERHÄLT IHR KIND FLUORID AUS WEITEREN QUELLEN?

.....

Gesundheitsbogen 3/3

Kind / Patient

Name	Vorname
------	---------

Lutschangewohnheiten

<input type="checkbox"/> Schnuller	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> tagsüber	
<input type="checkbox"/> zum Schlafen	<input type="checkbox"/> zum Schlafen	
<input type="checkbox"/> bis zum Alter von	<input type="checkbox"/> bis zum Alter von	

Wichtige Informationen

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

Information Eltern

	Ja	Nein
Mutter 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"/>
Vater 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