

# Zahnärztinnen für Kinder

Dr. Nicola Meißner Dr. Dinah Fräble-Fuchs  
Dr. Andrea Keller & Partner GesbR



## Anmeldung

MEDICENT • Innsbrucker Bundesstraße 35 •  
5020 Salzburg

Telefon: 0662 / 9010 2300  
Fax: 0662 / 9010 2309  
www.kinderzahn.at

Nachname*			Vorname*		Spitzname	
Kind -Vers.Nr.*		Geburtsdatum*		Geschlecht*	Lieblingsbeschäftigung	
Straße, Hausnummer*		PLZ, Ort*		Telefon*		Email
Mutter (Vor- und Zuname)*			Titel		geb.*	
Vater (Vor- und Zuname)*			Titel		geb.*	
Versicherter - Vers. Nr.*		Kasse*		Arbeitgeber		
Name/Alter der Geschwister						
Kinderarzt*: Name			Adresse		Telefon	
Zahnarzt*: Name			Adresse		Telefon	

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

O Arzt \_\_\_\_\_  O Bekannte \_\_\_\_\_  O Internet  O Sonstige \_\_\_\_\_

Ich habe den Gesundheitsfragebogen aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Basierend auf der DSGVO erfolgen Angaben ohne \* freiwillig.

Salzburg, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter/des Vaters  
bzw. Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Zahnärztin

**Wenn Sie Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese 24 Stunden vorher zu stornieren. Bei unentschuldig versäumten Terminen sind wir gezwungen, ein Ausfallshonorar zu verrechnen. Auch ihr Kind freut sich über einen raschen Termin!**

-Bitte wenden -

## Allgemeine Fragen zur Gesundheit

1. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? **ja nein**  
Falls ja, worauf? \_\_\_\_\_
2. Ist Ihr Kind geimpft? .....**ja nein**
3. War/Ist Ihr Kind je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!  
Bluterkrankung (z.B. Anämie, Leukämie, Bluterkrankheit)  
Herzerkrankung angeborener Herzfehler  
Epilepsie Fieberkrämpfe  
Neurodermitis  
Hörprobleme Taubheit  
Sehschwäche Blindheit  
Muskelschwäche Spastik  
Lungenkrankheiten Asthma  
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  
Lebererkrankung Nierenerkrankung  
Magen-Darm-Erkrankung  
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) andere Stoffwechselerkrankung  
Geistige Verzögerung oder Behinderung
4. Sonstige Allgemeinerkrankung..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Sonstige Syndrome ..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Ist Ihr Kind hyperaktiv? ..... **ja nein**
7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach  
Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
9. Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ..... **ja nein**  
Falls ja, wo wurde diese Narkose durchgeführt, wann und warum?  
\_\_\_\_\_  
Gab es dabei Komplikationen? \_\_\_\_\_
10. Gab es gesundheitl. Probleme in der Schwangerschaft / den ersten 2 Lebensjahren?...**ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Fragen

11. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ..... **ja nein**
12. Wie lange wurde das Kind gestillt / bekam es die Flasche? \_\_\_\_\_
13. Was war / ist in der Flasche? \_\_\_\_\_
14. Wurde / wird ein Schnuller benutzt / Daumen gelutscht? ..... **ja nein**
15. Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride?..... **ja nein**  
Falls ja, in welcher Form? Tabletten / Fluoridsalz / Zahnpasta / Fluoridgel
16. Wie putzt Ihr Kind Zähne? selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / mit Hand / elektrisch  
Wie oft? \_\_\_\_\_
17. Hatte das Kind jemals einen Unfall, bei dem die Zähne betroffen waren?..... **ja nein**
18. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_
19. Ist es der erste Zahnarztbesuch für ihr Kind? ..... **ja nein**
20. Gab es bereits negative Arzt / Zahnarztbesuche? ..... **ja nein**  
Falls ja, wovor hatte Ihr Kind Angst? \_\_\_\_\_

## Fragen an die Eltern

- |  | <b>Mutter</b>  | <b>Vater</b>   |
|--|----------------|----------------|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? .....    | <b>ja nein</b> | <b>ja nein</b> |
| 2. Neigen Sie zu Karies / Zahnfleischbluten / Zahnstein? ..... | <b>ja nein</b> | <b>ja nein</b> |