

# HERZLICH WILLKOMMEN

## — ANGABEN ZUM KIND

Vor- und Zuname

Geburtsdatum und -Ort

Aktuelles Gewicht und Größe

Pflegegrad

## — ANGABEN ZUM VATER DES KINDES

## — ANGABEN ZUR MUTTER DES KINDES

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße und Nummer

Postleitzahl und Ort

Beruf

E-Mail

Telefon Privat

Telefon Geschäftl.

## — WIE IST IHR KIND VERSICHERT

Gesetzliche Krankenversicherung

Zusatzversicherung

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherung (Basistarif)

## — BEI WELCHER VERSICHERUNG IST IHR KIND VERSICHERT?

Name der Versicherung

Über welchen Elternteil ist das Kind bei der zuvor genannten Krankenversicherung mitversichert?

Geschwisterkind in der Praxis (Name)?

## — WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung

Internet (Instagram, Homepage, TikTok,..)

TV/Zeitung

## — SOCIAL MEDIA (FREIWILLIG)

ja / nein

Dürfen während der Behandlung Fotos der Behandlung Ihres Kindes erstellt werden?



Dürfen die Fotos Ihres Kindes auf den Social Media Plattformen von Dentiland veröffentlicht werden?



Die Veröffentlichung erfolgt unentgeltlich und ist zeitlich nicht befristet. Ich willige darin ein, dass die Veröffentlichung auch nach dem Ende der Beschäftigung fort dauert. Ein Widerruf aus wichtigem Grund ist jedoch möglich. Die Einwilligung wird auch für den Fall erteilt, dass der verantwortliche Betreiber in einer anderen Rechtsform tätig wird. Der für die oben genannte Internetseite verantwortliche Betreiber haftet nicht für unbefugte und zweckwidrige Nutzungen Dritter. Das gilt insbesondere für das unbefugte Herunterladen oder Kopieren der veröffentlichten Fotos. Der verantwortliche Betreiber wertet (Verkauf, Abtretung) die veröffentlichten Bilder nicht ohne Zustimmung des Unterzeichnenden.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO gelesen habe und willige dieser ein.

Wandlitz, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# ALLGEMEINE ANAMNESE

## — ANGABEN ZUM KIND

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -Ort \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie alle Fragen genau durch ggf. fehlendes hinzuschreiben oder vorhandenes einkreisen.

## — GESUNDHEITSPRAGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

ja / nein

Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig zum Kinderarzt?  ja  nein

Name, Ort und Anschrift des Kinderarztes \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzgeräusche? Ist ein Herzpass vorhanden? Wenn ja, seit wann:  ja  nein

Schwierigkeiten mit der Atmung, Lungenerkrankungen, Asthma?  ja  nein

Lernschwäche oder Sprachprobleme?  ja  nein

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit einer Benachrichtigung, Terminerinnerung und sonstiger Informationen per SMS bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) von € 100,- in Rechnung gestellt werden müssen.

## — GESUNDHEITSPRAGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

ja / nein

ja / nein

Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?  ja  nein

Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?  ja  nein

Leber- oder Nierenerkrankung?  ja  nein

Frühgeburt?  ja  nein

Fieberkrampf oder epileptische Anfälle?  ja  nein

Kaiserschnitt?  ja  nein

Veränderter Muskeltonus oder spastische Erkrankungen?  ja  nein

Zangengeburt?  ja  nein

Taubheit oder Hörprobleme?  ja  nein

Fehlen Impfungen bzw. Kinderimpfungen?  ja  nein

Blindheit oder Sehschwäche?  ja  nein

Bestehen sonstige Krankheiten/Gebrechen?  ja  nein

Infektionskrankheiten wie zb. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?  ja  nein

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?  ja  nein

Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?  ja  nein

Wurde Ihr Kind, außer zur Geburt, noch mal in einem Krankenhaus behandelt?  ja  nein

Tumore oder bösartige Krankheiten?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  ja  nein

Blutkrankheiten (blutet ihr Kind länger als üblich)?  ja  nein

Hat Ihr Kind in den letzten 6 Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen. Wenn ja, welche?  ja  nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

**LIEBE ELTERN,** um optimal vorbereitet zu sein, nun ein paar Tipps für den 1. Besuch. Bringen Sie gern die Zahnbürste und Zahnpasta Ihres Kindes mit. Bitte putzen Sie die Zähne Ihres Kindes vor dem Termin und bringen Sie aus Hygienegründen bitte keine Speisen mit in die Praxis. Wir freuen uns sehr über ein gemaltes Bild, es kann einen Einstieg bieten und wir hängen es in unserer Kids-Galerie aus.

— **ZÄHNE** ja / nein

Wie dürfen wir Ihnen & Ihrem Kind helfen?	<b>Kontrolle</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann und wo war der letzte Zahnarztbesuch?	<b>Erstbesuch</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden bereits Röntgenaufnahmen angefertigt? (Bitte mitbringen)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Ihre Kinder Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Wenn ja, welche?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind derzeit Beschwerden?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie weitere Hinweise?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

— **MUNDHYGIENE** ja / nein

Das Kind putzt die Zähne	<b>mithilfe der Eltern</b>	<input type="radio"/>	<b>allein</b>	<input type="radio"/>	<b>super</b>	<input type="radio"/>	<b>mit Widerstand</b>	<input type="radio"/>
Welche Zahnbürste verwenden Sie für Ihr Kind?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? Mit /ohne Fluorid?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Verwenden Sie Zahnseide/Interdentalbürstchen ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie oft putzen Sie täglich die Zähne Ihres Kindes?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wann putzen Sie die Zähne (vor oder nach dem Essen)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

— **ERNÄHRUNGSFRAGEN** ja / nein

Wie sieht ein typisches Frühstück bei Ihnen aus?			
Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke oder Säfte zu sich?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig gibt es Süßigkeiten?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird/Wurde Ihr Kind gestillt?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommt Ihr Kind die Flasche? Wenn ja, mit welcher Flüssigkeit:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel z.B. Vitamin D ein?:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie sich eine Ernährungsberatung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geben Sie Fluoridpräparate?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

— **LIFESTYLE** ja / nein

Wie viele Stunden täglich verbringt Ihr Kind mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt?			
Treibt Ihr Kind Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft/wie viel:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viele Stunden schläft ihr Kind im Schnitt pro Nacht?			
Haben Sie einen Netzfreeschalter?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommt Ihr Kind die Flasche? Wenn ja, mit welcher Flüssigkeit:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

— **DIE WELT IHRES KINDES** ja / nein

Lieblingsspielzeug			
Hobbies		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liebblingsfernsehsendung/Märchen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieblingsmusik		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieblingsfarbe		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieblingskuscheltier (mitbringen)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die beste Freundin/der beste Freund		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das mag unser Kind nicht		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>