



Anmeldung zur Kinderbehandlung

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind: Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigter: Familienname: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat (Eltern): _____ Tel. Geschäft (Eltern): _____

Handy: _____ E-Mail: _____ @ _____ .

Wünschen Sie eine automatische Terminerinnerung am Vortag? ja, per Email ja, per SMS nein

Dürfen wir Ihnen Recallbriefe / Rechnungen / Offerten per Email senden? ja nein

Wünschen Sie eine automatische Terminerinnerung am Vortag? ja, per Email ja, per SMS nein

Ggf. empfohlen / überwiesen durch: _____

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation u.s.w.) ja nein

Hat Ihr Kind zur Zeit akute Zahnschmerzen? ja nein

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Musste bereits einmal eine Zahnbehandlung erfolglos abgebrochen werden? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zahnunfall? ja nein

Ernährung

Isst Ihr Kind viel Süsses? ja nein

Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche (Schoppen) getrunken? ja nein

Wenn ja, was? _____ Wie lange / immer noch? _____

Hat Ihr Kind am Daumen oder Schnuller gelutscht? ja nein

Wenn ja, an was? _____ Wie lange / immer noch? _____

Aktuelles Gewicht Ihres Kindes in kg _____

Medizinische Fragen

Kinderarzt, Name und Ort _____

Hat Ihr Kind angeborene Krankheiten ja nein

(wenn ja, welche)? _____

Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Bitte füllen Sie auch Seite 2 des Fragebogens aus

Nimmt es regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Leidet Ihr Kind an nachfolgenden Krankheiten?

Herzfehler oder sonstige Herzerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien:

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

Leidet es an Asthma oder Heuschnupfen? ja nein

Blut- und Infektionserkrankungen

Blutungsneigung, Hämophilie ja nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff? ja nein

HIV / AIDS ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) A / B / C ja nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? _____

Sonstige Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Epilepsie, Krampfanfälle ja nein

Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie) ja nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche _____

Bitte beachten Sie: Nach der Verabreichung von Beruhigungsmitteln (Sedierung) oder nach einer Vollnarkose dürfen Sie Ihre Kind bis mindestens 6 Stunden nach der Behandlung keinesfalls alleine herumlaufen oder spielen lassen. Es besteht Unfallgefahr!

Datum: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____