

# Anmeldeformular für Kinder

**>Bitte alle 4 Formulare ausfüllen<**

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

Versicherter/Erziehungsberechtigter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Anschrift: Straße/ Nr.

PLZ, Wohnort Telefon

**Name der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

- |                                                   |                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> zusatzversichert      |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse     | <input type="checkbox"/> vollversichert        |
| <input type="checkbox"/> Basistarif (2,0fach)     | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

## **Gesundheitsfragebogen:**

Es ist uns wichtig, wenn wir einige Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes und/oder Medikamentenunverträglichkeiten bekämen und bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten und sie dann gemeinsam mit der beiliegenden Einwilligungserklärung zur Erhebung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. I b SGB V durch den Facharzt, an der Anmeldung abzugeben.

- |                                                                                            | Ja                       | Nein                     |                                                                        | Ja                       | Nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.) Leidet Ihr Kind an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10.) Hat Ihr Kind eine Allergie?<br>Welcher Art?.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.) Leidet Ihr Kind an Asthma?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11.) Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.) Hat Ihr Kind Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen (z.B. nach Verletzungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.) Bestand mal ein Unfall im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.) Leidet Ihr Kind an Diabetes?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13.) Leidet Ihr Kind an HIV/ AIDS?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.) Hatte Ihr Kind je Tuberkulose?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14.) Leidet Ihr Kind an Nierenerkrankungen?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.) Hatte Ihr Kind ein Schilddrüsenleiden?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15.) Leidet Ihr Kind an Rheuma?                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16.) Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Zahnbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.) Hatte Ihr Kind je ein Leberleiden (Gelbsucht, Hepatitis)?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17.) Sonstige Erkrankungen                                             |                          |                          |
- \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

Gerne erinnern wir unsere Patienten an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung per E-Mail.

Ja  Nein

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wie haben Sie von uns erfahren?**

- Internet  
 auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 andere Quelle \_\_\_\_\_

Ich(Name,Geburtsdatum)\_\_\_\_\_

Erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Dr. C. & A. Nentwig, Holstenstraße 88/90,24103 Kiel, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Physiotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

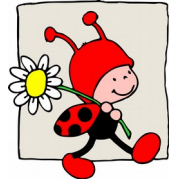
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden

---

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

Dr. med. dent. **C o r i n n a N e n t w i g**  
Dr. med. dent. **A n d r e a s N e n t w i g**



- Kinder- und Jugendzahnheilkunde -

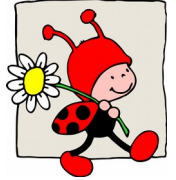
Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes so angenehm wie möglich zu gestalten, haben wir noch ein paar Fragen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- und Zuname des Kindes:..... Alter:.....

1. Haben sie als Elternteil Angst vor dem Zahnarztbesuch? Wenn ja, warum?
2. Hat Ihr Kind allgemein Angst vor bestimmten Dingen?
3. Wovor hat Ihr Kind beim Zahnarzt Angst? Welche Bedürfnisse hat es?
4. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik gemacht?
5. Gibt es Märchen oder Geschichten, die Ihr Kind besonders gerne hört?
6. Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**



## Ernährungsgewohnheiten

- |                                                                                                               | Ja                    | Nein                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben Sie Ihr Kind gestillt?<br>Wenn ja, wie lange? _____                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der<br>Flasche zu trinken? <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bis zu welchem Alter? _____                                                                                   |                       |                       |
| Wann? morgens <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/>                 |                       |                       |
| Was war in der Flasche? _____                                                                                 |                       |                       |
| 3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?<br>_____                                                          |                       |                       |
| 4. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Benutzt Ihr Kind: Flouridhaltige Zahnpasta?                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Flouridhaltiges Speisesalz?                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Flouridtabletten?                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Nuckelt Ihr Kind?                                                                                          |                       |                       |
| Ja: Daumen <input type="radio"/> Schnuller <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/>              |                       |                       |
| Nein <input type="radio"/>                                                                                    |                       |                       |