

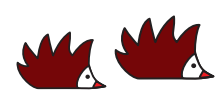
Sehr geehrte Eltern,  
an erster Stelle möchten wir uns bedanken, dass Sie uns Ihr Vertrauen für die Behandlung Ihres Kindes aussprechen. Der vereinbarte Termin für die Erstuntersuchung Ihres Kindes ist am: \_\_\_\_\_  
Um diese so effizient wie möglich zu gestalten, würden wir Sie gerne noch um Folgendes bitten:

1. Bringen Sie bitte **Überweisungen** mit, falls vorhanden.
2. Vergessen Sie nicht Ihre **Chipkarte/Schein**.
3. Falls **Röntgenbilder** bereits angefertigt wurden, bringen Sie diese bitte mit oder veranlassen Sie den überweisenden Arzt diese an uns zu senden.
4. Bitte bringen Sie **Allergiepässe**, allgemeine Befunde oder Arztbriefe mit.
5. Bringen Sie bitte diesen **Anmeldebogen** ausgefüllt mit.

Bei diesem ersten Termin sollen Sie die Gelegenheit haben das Praxisteam kennen zu lernen. Wir besprechen sowohl die medizinischen als auch zahnmedizinischen Voraussetzungen Ihres Kindes und schlagen Ihnen sinnvolle Therapiemöglichkeiten vor. Damit Sie diese in Ruhe abwägen und mit allen Erziehungsberechtigten diskutieren können, werden von uns an diesem ersten Termin keine Behandlungen durchgeführt.  
Ihr Praxisteam Dr. Gilanschah

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
Geburtsstag: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Haus-Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Familienzahnarzt: \_\_\_\_\_  
Wer hat uns empfohlen: \_\_\_\_\_  
Interessen des Kindes: \_\_\_\_\_  
Name und Alter der Geschwister: \_\_\_\_\_  
Name der Mutter/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
Name des Vaters: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_

Medizinische Information:  
War Ihr Kind jemals im Krankenhaus?  Ja  Nein  
Notaufnahme?  Ja  Nein Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
Wird ihr Kind kieferorthopädisch betreut?  Ja  Nein  
Nimmt Ihr Kind Medikamente?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein Wenn ja, auf was? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind jemals allergisch auf Penicillin oder andere Medikamente reagiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_



Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Bitte kreuzen Sie entsprechendes an.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Frühgeburt                 |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten           | <input type="checkbox"/> Bluttransfusion         | <input type="checkbox"/> Immunsuppression           |
| <input type="checkbox"/> Herzgeräusche             | <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie        | <input type="checkbox"/> Chemotherapie              |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Augenprobleme/Glaukom      |
| <input type="checkbox"/> Nieren-Blasenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen   | <input type="checkbox"/> Hörprobleme                |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Cerebralparese          | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte |
| <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme             |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose               | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> HIV                        |
| <input type="checkbox"/> Andere:                   | <input type="checkbox"/> Epilepsie               | <input type="checkbox"/> Blutarmut                  |



Zahngeschichte/Zahnbehandlungen:

Grund des Besuches: \_\_\_\_\_

Ist es heute der erste Besuch beim Zahnarzt für Ihr Kind?  Ja  Nein

Falls nicht, geben Sie bitte an, wann der letzte Zahnarztbesuch war: \_\_\_\_\_

Was wurde beim letzten Besuch behandelt? \_\_\_\_\_

Sind die Zähne Ihres Kindes jemals geröntgt worden?  Ja  Nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind jemals am Finger genuckelt?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind noch nach dem Ende des ersten Lebensjahres die Flasche bekommen?  Ja  Nein

Benutzen Sie flouridhaltiges Salz?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind Flouridtabletten?  Ja  Nein

Wie lange schon? \_\_\_\_\_

Benutzen Sie flouridhaltige Zahnpasta?  Ja  Nein

Putzt Ihr Kind selbst die Zähne?  Ja  Nein Wie häufig? \_\_\_\_\_

Putzen Sie die Zähne des Kindes nach?  Ja  Nein

Benutzt ihr Kind Zahnseide?  Ja  Nein

Was ist seine Lieblingspeise? \_\_\_\_\_

Ist eine besondere Ernährung notwendig?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind in der letzten Zeit Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Wie wird sich Ihr Kind ihren Erwartungen nach hier benehmen? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind jemals Gesichts- oder Zahnverletzungen?  Ja  Nein Wann: \_\_\_\_\_

Welche Verletzungen? \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, das alle Angaben nach bestem Gewissen gemacht worden sind. Falls Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie spätestens 24 Std. im Voraus abzusagen, da wir Ihnen den Termin sonst in Rechnung stellen müssen. Notfälle und besondere Gründe sind von dieser Regelung ausgenommen.

Anfahrtshilfe:

Wenn sie den Winterhunder Marktplatz - Alsterdorfer Str. 2a erreicht haben, sehen Sie zwei nebeneinander liegende Banken (HASPA und COMMERZBANK). Gegenüber befindet sich eine Toreinfahrt, durch die Sie zu einem rückwärtigen Gebäude gelangen. Im ersten Stock befindet sich die Praxis. Beachten Sie bitte, dass wir keinen Fahrstuhl besitzen. Sollte es Transportprobleme geben, sagen Sie kurz an der Anmeldung Bescheid, damit wir Ihnen helfen können.

Unterschrift/Datum \_\_\_\_\_

