



KOKO
DIE KINDERZAHNÄRZTE

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um eine gute Beratung und zahnmedizinische Betreuung gewährleisten zu können benötigen wir einige Angaben zu den Personalien und dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes.

Wir bitten Sie daher, die Fragen vollständig zu beantworten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE.

IHR KOKO-TEAM

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vor- und Nachname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

familienversichert bei (versicherter Elternteil/Rechnungsempfänger)

Vater Mutter Andere _____

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

Erziehungsberechtigt: beide Elternteile

nur Vater nur Mutter Andere _____

Telefon/Festnetz _____

Mobil _____

eMail _____

KOKO
DIE KINDERZAHNÄRZTE

Christiane Körner und Julia Kohl
Münchner Straße 18
85221 Dachau

Tel. 08131 · 165 46 36
praxis@koko-dachau.de

www.koko-dachau.de

BITTE WENDEN

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung? Wenn Ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

Sind bei Ihrem Kind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung / einen Krankenhausaufenthalt / eine Operation?

Wer ist der behandelnde Kinderarzt (Name, Ort)?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ja Nein

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

Ja Nein elektrische Zahnbürste Handzahnbürste

Putzen Sie nach?

Ja Nein

Wie häufig wird pro Tag geputzt?

Wird Zahnseide verwendet?

Ja Nein

Welche Zahnpasta wird verwendet?

Kinderzahnpasta Juniorzahnpasta
 Zahnpasta für Erwachsene Zahnpasta ohne Fluorid

Verwendet Ihr Kind zu Hause Fluoridgel (z.B. elmex gelee)?

Ja Nein

Wie lange bekam Ihr Kind Fluoridtabletten (z.B. Fluoretten, Zymafluor)?

_____ Derzeit immer noch? Ja Nein

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

_____ Derzeit immer noch? Ja Nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen/Finger Schnuller Sonstiges

Trinkt Ihr Kind derzeit noch aus dem Fläschchen?

Ja Nein

Wenn Ja, was befindet sich hauptsächlich in der Flasche?

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? (Bitte unterstreichen)

Wasser, ungesüßter Tee, gesüßter Tee, Saftschorle, Fruchtsaft, Instanttee, Milch, Limonade, Eistee, Kakao, Cola

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie gerne an vereinbarte Behandlungstermine und fällige Kontrolluntersuchungen per SMS erinnert werden?

Nein Ja unter Nummer: _____

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.

Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift