

Anmeldebogen mit Anamnese:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon Privat: _____
Krankenkasse: _____
Krankenversicherung: Gesetzlich Privat
Kinderarzt: _____
Allergien: ja / nein
Erkrankungen: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Begleitperson:
 Vater Mutter

wenn ja, welche _____
wenn ja, welche _____

ERNÄHRUNG

Süßigkeiten: ja nein
wenn ja, wie oft? selten 1x täglich mehr als 5x täglich

FRÜHSTÜCK

Trinken:		Essen:
<input type="checkbox"/> Tee mit Zucker	<input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker	<input type="checkbox"/> Brot <input type="checkbox"/> Butter
<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Kakao	<input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/> Wurst
<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Softdrinks	<input type="checkbox"/> Marmelade <input type="checkbox"/> Nutella
<input type="checkbox"/> Fruchtsaft		<input type="checkbox"/> Müsli <input type="checkbox"/> Zerealien
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

MITTAGESSEN

ZWISCHENDURCH

Trinken:		Essen:
<input type="checkbox"/> Tee mit Zucker	<input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker	<input type="checkbox"/> Brot <input type="checkbox"/> Butter
<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Kakao	<input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/> Wurst
<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Softdrinks	<input type="checkbox"/> Marmelade <input type="checkbox"/> Nutella
<input type="checkbox"/> Fruchtsaft		<input type="checkbox"/> Obst <input type="checkbox"/> Rohkost
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

ABENDESSEN

STILLEN ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

SCHNULLER

Ja

Nein

wenn ja, bis wann? _____

TRINKEN

aus der Flasche

aus dem Becher / Tasse / Glas

tagsüber nachtsüber

PUTZEN

Wie oft:

bisher noch nicht

nicht regelmäßig

1x täglich 2 x täglich

3 x täglich

Wann:

vor dem Frühstück

nach dem Frühstück

nach dem Mittagessen

sofort nach dem Abendessen

vor dem Zubettgehen

Putzen:

Bereitwillig

mit Widerstand

Wechselhaft

Durch das Kind

Mithilfe der Eltern

Durch die Eltern

Zahnpasta:

Ja

Nein

Kinderzahnpasta

für Erwachsene

Welche? _____

mit was:

Handzahnbürste

elektrische Zahnbürste

FLUORIDE:

Ja

wenn ja, mit was: _____

Nein

D-Fluoretten

Vitamin D

wenn ja, bis wann: _____

Wichtig wegen dem Datenschutz:

Dürfen wir Sie einen Tag vor Ihrem Termin in unserer Praxis kostenlos an diesen erinnern?

- Ja, bitte erinnern Sie mich
- per SMS an meine Mobilfunkrufnummer.
 - telefonisch (tagsüber).
 - Wenn ich nicht persönlich erreichbar bin, hinterlassen Sie bitte eine Nachricht auf meiner Mailbox oder dem Anrufbeantworter.
- Nein, danke. Ich möchte nicht an Termine erinnert werden.

Dürfen wir Sie halbjährig an Ihren Vorsorgetermin (Recall) erinnern?

- Ja, bitte erinnern Sie mich
- per SMS an meine Mobilfunkrufnummer.
 - Postalisch an meine Anschrift.

Dürfen wir Ihnen per E-Mail unseren Newsletter zuschicken?

- Ja, bitte schicken Sie mir Wissenswertes zu meiner Zahngesundheit.
E-Mail Adresse: _____
- Nein, danke, ich möchte keine Informationen zur Zahngesundheit bekommen.

Dürfen wir Informationen/Unterlagen an ein Familienmitglied von Ihnen weiterleiten?

- Ja (Name des Familienmitglieds): _____
- Nein, es dürfen von mir keine Informationen weitergegeben werden.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zu der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift / Name in Druckbuchstaben