



Liebe Pirateneltern,
ich freue mich, dass Sie den Weg zur Schatzinsel gefunden haben und uns ihren "kleinen Piraten" anvertrauen. Damit wir uns im Vorfeld auf ihren kleinen Piraten vorbereiten können möchte ich Sie bitten ein paar Fragen zu beantworten.



Piraten-Checkliste

Name des Piraten
(Vor-und Nachname)

Geburtsdatum

Adresse

Erziehungsberechtigter

Mutter

Vater

Sonstige:

Name der Mutter
(Vor-und Nachname)

Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Telefon
(Privat, Mobil, Arbeit)

E-Mail

Name des Vaters
(Vor-und Nachname)

Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Telefon
(Privat, Mobil, Arbeit)

E-Mail

Wie ist Ihr Kind versichert? privat gesetzlich - Über wen ist Ihr Kind versichert? Vater Mutter

Name der Krankenversicherung: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Freunde & Bekannte Zeitung Zahnarzt Internet
 Geschwister Kindergarten Kieferorthopäde Flyer

Möchten Sie per SMS an Ihren nächsten Termin erinnert werden? JA NEIN

Wenn „JA“ an welche Handynummer soll die SMS gesendet werden? _____

Zahnmedizinische Anamnese

JA NEIN

1. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?

2. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurde?
Wann und Wo?

3. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

4. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

5. Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

Bitte wenden >

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen aufmerksam durch und kreuzen Sie zutreffendes an.

Allgemeine Anamnese

JA NEIN

1. Probleme beim Hören oder Taubheit? JA NEIN
2. Probleme beim Lernen oder Sprechen? JA NEIN
3. Probleme beim Sehen, Blindheit? JA NEIN
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? JA NEIN
5. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? JA NEIN
6. Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? JA NEIN
7. Herzerkrankungen, Herzfehler oder Herzgeräusche? Herzpass seit: _____ JA NEIN
8. Bösartige Krankheiten, Tumore? JA NEIN
9. Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen? JA NEIN
10. Geistige Beeinträchtigungen / Behinderung? JA NEIN
11. Blutkrankheiten, Gerinnungsstörung? JA NEIN
12. Asthma, erschwerte Atmung oder Lungenerkrankungen? JA NEIN
13. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) JA NEIN
14. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? _____ JA NEIN
15. Allergien? Wenn ja, gegen was? _____ JA NEIN
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepaß? JA NEIN
16. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche? _____ JA NEIN
17. Ist Ihr Kind geimpft? Kinderimpfungen vollständig? JA NEIN
18. Besonderheiten bei der Geburt? Wie Frühgeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt? JA NEIN
19. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? JA NEIN
20. Name des Kinderarztes? _____

Ernährung

JA NEIN

1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____ JA NEIN
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter?
Morgens, Mittags oder Abends? Was war/ist in der Flasche?

 JA NEIN
3. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____ JA NEIN
4. Isst Ihr Kind Süßigkeiten? Wie oft? _____ JA NEIN
5. Was benutzt Ihr Kind?
 Fluoridhaltige Zahnpasta Fluoridhaltiges Speisesalz Fluoridtabletten D-Fluorid
6. Wie oft putzten Sie Ihrem Kind die Zähne? _____ JA NEIN

Ja Ich habe die oben aufgeführten Fragen gelesen und richtig beantwortet.

Gerne nehmen wir Sie in unserem Recallsystem auf und schicken Ihnen eine kostenlose Erinnerungssms.

Datum, Ort

Unterschrift