

**Zahnärztinnen für Kinder**  
 Dr. Nicola Meißner • Dr. Dinah Fräßle-Fuchs  
 Dr. Andrea Keller • Dr. Raphaela Fürnkranz



## Anmeldung

MEDICENT • Innsbrucker Bundesstraße 35 •  
 5020 Salzburg

**Telefon: 0662 / 9010 2300**  
**Fax: 0662 / 9010 2309**  
**www.kinderzahn.at**

Nachname			Vorname			Spitzname		
Kind -Vers.Nr.		Geburtsdatum		Geschlecht		Lieblingsbeschäftigung		
Straße, Hausnummer				PLZ, Ort		Telefon/Handy		
Mutter (Vor- und Zuname)				Titel		geb.		
Vater (Vor- und Zuname)				Titel		geb.		
Name / Alter der Geschwister								
Versicherter - Vers. Nr.			Kasse			Arbeitgeber		
Kinderarzt: Name			Adresse			Telefon		
Zahnarzt: Name			Adresse			Telefon		

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Arzt/Bekannte \_\_\_\_\_  Internet/Telefonbuch  Sonstige \_\_\_\_\_

Ich habe den Gesundheitsfragebogen aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Salzburg, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Mutter/des Vaters  
 bzw. Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Zahnärztin

**Wenn Sie Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese 24 Stunden vorher zu stornieren. Bei unentschuldig versäumten Terminen sind wir gezwungen, ein Ausfallshonorar zu verrechnen. Auch ihr Kind freut sich über einen raschen Termin!**

-Bitte wenden -

## Allgemeine Fragen zur Gesundheit

1. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? **ja nein**  
Falls ja, worauf? \_\_\_\_\_
2. Ist Ihr Kind geimpft? .....**ja nein**
3. War/Ist Ihr Kind je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!  
Bluterkrankung (z.B. Anämie, Leukämie, Bluterkrankheit)  
Herzerkrankung angeborener Herzfehler  
Epilepsie Fieberkrämpfe  
Neurodermitis  
Hörprobleme Taubheit  
Sehschwäche Blindheit  
Muskelschwäche Spastik  
Lungenkrankheiten Asthma  
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  
Lebererkrankung Nierenerkrankung  
Magen-Darm-Erkrankung  
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) andere Stoffwechselerkrankung  
Geistige Verzögerung oder Behinderung
4. Sonstige Allgemeinerkrankung..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Sonstige Syndrome ..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Ist Ihr Kind hyperaktiv? ..... **ja nein**
7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ..... **ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach  
Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
9. Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ..... **ja nein**  
Falls ja, wo wurde diese Narkose durchgeführt, wann und warum?  
\_\_\_\_\_  
Gab es dabei Komplikationen? \_\_\_\_\_
10. Gab es gesundheitl. Probleme in der Schwangerschaft / den ersten 2 Lebensjahren?...**ja nein**  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Fragen

11. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ..... **ja nein**
12. Wie lange wurde das Kind gestillt / bekam es die Flasche? \_\_\_\_\_
13. Was war / ist in der Flasche? \_\_\_\_\_
14. Wurde / wird ein Schnuller benutzt / Daumen gelutscht? ..... **ja nein**
15. Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride?..... **ja nein**  
Falls ja, in welcher Form? Tabletten / Fluoridsalz / Zahnpasta / Fluoridgel
16. Wie putzt Ihr Kind Zähne? selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / mit Hand / elektrisch  
Wie oft? \_\_\_\_\_
17. Hatte das Kind jemals einen Unfall, bei dem die Zähne betroffen waren?..... **ja nein**
18. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_
19. Ist es der erste Zahnarztbesuch für ihr Kind? ..... **ja nein**
20. Gab es bereits negative Arzt / Zahnarztbesuche? ..... **ja nein**  
Falls ja, wovor hatte Ihr Kind Angst? \_\_\_\_\_

## Fragen an die Eltern

- |  | <b>Mutter</b>  | <b>Vater</b>   |
|--|----------------|----------------|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? .....    | <b>ja nein</b> | <b>ja nein</b> |
| 2. Neigen Sie zu Karies / Zahnfleischbluten / Zahnstein? ..... | <b>ja nein</b> | <b>ja nein</b> |