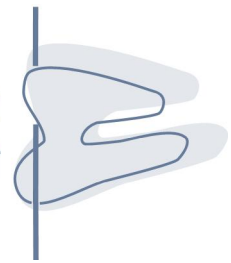


# ANMELDUNG FÜR KINDER

Dr. Martin Braun  
Zahnarzt



_____	_____	_____
Name und Vorname des Kindes	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

_____	_____	_____
Versicherte/r: Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

\_\_\_\_\_

Krankenkasse\*/Krankenversicherung

\*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Haben Sie eine Zusatzversicherung?      ja      nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?      ja      nein

Durch wen wurde unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

\_\_\_\_\_

Was tut Ihr Kind gerne?

\_\_\_\_\_

Wovor hat Ihr Kind Angst?

Möchten Sie an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?      ja      nein

Welche Fluoridprophylaxe bekommt Ihr Kind?

fluoridiertes Speisesalz

fluoridierte Zahnpasta      ...für Erwachsene      ...für Kinder

Fluoridgelee

Fluoridtabletten

regelmäßige Fluoridbehandlung in der Schule / im Kindergarten

Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne, nachdem es selbst geputzt hat?      ja      nein

Zahnarzt Dr. Martin Braun  
Zahnärztin Gina Salonna, angestellt  
Zahnärztin Dr. Claudia Scharff, angestellt  
Jasperallee 25 – 38102 Braunschweig  
Tel: 0531/334229 – Fax: 0531/330488  
www.zahnarzt-martin-braun.de

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig:

ja    nein

1. War Ihr Kind vor kurzem oder ist es zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wer ist der behandelnde Arzt? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Neigt es zu allergischen Reaktionen (Allergiepaß) ?

3. Leidet oder litt Ihr Kind an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung (z.B. Herzfehler, Endocarditis)

Infektionserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS)

Hoher/niedriger Blutdruck

Bluterkrankung (Blutgerinnungsstörung, Anämie)

Krampfleiden (Epilepsie) / Nervenerkrankung

Atemwegs-/ Lungenkrankheiten

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Schilddrüsenüberfunktion

4. Leidet Ihr Kind an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

5. Wurde Ihr Kind schon einmal im Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Wenn ja, wann? (Röntgenpass?) \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.  
Wenn Sie Zweifel zur Erforderlichkeit von Angaben haben, sprechen Sie uns bitte an.  
Ihre Anamnese-Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden  
ausschließlich für Behandlungszwecke genutzt .