



**Römerstr. 4L  
55232 Alzey**

**Tel.: 06731 – 44344  
Email: [mail@dr-kuhne.de](mailto:mail@dr-kuhne.de)**

**Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Versicherter**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Logopäde: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Ich möchte an die halbjährliche Kontrolle & Prophylaxe für mein Kind erinnert werden

per Mail Mailadresse: \_\_\_\_\_

per Telefon: Tel.: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/ des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Erziehungsberichtigte/r)      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift Erziehungsberechtigter

## Prophylaxeorientierter Anamnesebogen für Kinder 1-4 Jahre

Name Kind: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?  ja  nein

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

Leidet ihr Kind an Allergien?  ja  nein

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

Hat ihr Kind eine Herzerkrankung?  ja  nein

Sonstige Erkrankungen?  ja  nein

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

1. Wie oft putzen Sie ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht       manchmal       1x täglich       2-3x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für ihr Kind?

- gar keine       fluoridfreie       Kinderzahnpasta       Erwachsenenzahnpasta  
(500ppm Fluorid)      (>1000ppm Fluorid)

3. Wer putzt bei ihrem Kind die Zähne?

- Kind       Eltern       Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie ihrem Kind regelmäßig die Zähne?

- morgens       abends       vor den Mahlzeiten       nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie ihrem Kind die Zähne?

- Handzahnbürste       elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie ihrem Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein

8. Woraus trinkt ihr Kind?  Flasche       Becher mit Trinkaufsatz       Glas

9. Bekommt ihr Kind nachts etwas zu trinken?  ja  nein

10. Was bekommt ihr Kind zu trinken?  Wasser       ungesüßter Tee       anderes

11. Nimmt ihr Kind einen Schnuller/ den Daumen?  ja  nein

12. Waren Sie mit ihrem Kind schon mal beim Zahnarzt?  ja  nein

Vielen Dank für ihre Mithilfe