



**Römerstr. 4L
55232 Alzey**

**Tel.: 06731 – 44344
Email: 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 5 - 8 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 putzt ihr 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. Putzen Sie die Zähne ihres Kindes nach? ja nein

4. Wann putzt ihr Kind regelmäßig die Zähne?

- morgens abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit putzt ihr Kind die Zähne? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

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

11. Nimmt ihr Kind den Daumen? ja nein

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

Vielen Dank für ihre Mithilfe