



Are Hilliges | Postgasse 5 | 71522 Backnang

Anmeldebogen mit Krankengeschichte für Kinder und Jugendliche

Name, Vorname des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
Adresse: _____

Familienversichert bei Vater Mutter
Name: _____ Telefonnr.: _____
Vorname: _____ Email-Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____
Wer hat uns empfohlen? _____

Welche Lutschgewohnheiten hat / hatte Ihr Kind?
 Daumen, Finger Schnuller
 sonstiges wie Beißring, Trinkfläschchen, etc. _____

Was hat Ihr Kind für Hobbies? _____

Sind Sie mit Ihrem Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja / nein
War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ja / nein

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? Wenn ja, Weshalb? ja / nein

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Worauf? ja / nein

Hat Ihr Kind eine Herz-/Kreislaufkrankung? Welche? ja / nein

Are Hilliges
Postgasse 5
71522 Backnang

Tel 07191 - 900 85 38
Fax 07191 - 900 85 36
troll@trollident.de
www.trollident.de

bitte 2. Seite beachten -->

Deutsche Apotheker-
und Ärztekammer
KTO: 060 6184 901
BLZ: 300 606 01



Are Hilliges | Postgasse 5 | 71522 Backnang

- Hat Ihr Kind Asthma? ja / nein
Hat Ihr Kind Diabetes? ja / nein
Hat Ihr Kind eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
Gibt es sonst etwas, was Sie uns mitteilen möchten? ja / nein
-

Wer ist der behandelnde Kinder- / Hausarzt?

- Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Putzt Ihr Kind seine Zähne alleine? ja / nein
Putzen Sie nach? ja / nein
Mit was wird geputzt? Handzahnbürste / elektrische Zahnbürste
Welche Zahnpasta wird verwendet? _____
Werden sonstige Hilfsmittel (Zahnseide, Mundspüllösung, etc.) benutzt? ja / nein
Hat Ihr Kind als 1-jähriges Kind Fluoridtabletten (DFluoretten) bekommen? ja / nein

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden?

- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne? ja / nein
Speicheltest zur Bestimmung des Kariesrisikos? ja / nein
Hochwertige Füllung? ja / nein
Lachgassedierung / Vollnarkose? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse und im Interesse Ihres Kindes.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben
und erkläre mich damit einverstanden an offene Termine erinnert zu werden.

Are Hilliges
Postgasse 5
71522 Backnang

Tel 07191 - 900 85 38
Fax 07191 - 900 85 36
troll@trolldent.de
www.trolldent.de

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Deutsche Apotheker-
und Ärztekammer
KTO: 060 6184 901
BLZ: 300 606 01