

## Aufnahmebogen

### Kind

Name	Vorname	
geboren am	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Ihr Kind geht in	<input type="checkbox"/> eine Kita	<input type="checkbox"/> den Kindergarten <input type="checkbox"/> eine Schule, Klasse

### Erziehungsberechtigte(r)

Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>
Vor- und Nachname der Mutter		geboren am
Telefon privat	Telefon Arbeit	
Telefon mobil	E-Mail	
Vor- und Nachname des Vaters		geboren am
Telefon privat	Telefon Arbeit	
Telefon mobil	E-Mail	

### Krankenversicherung

Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	
Name der Krankenversicherung				
Wer ist der Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen?				
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter			
Kinderarzt, Name	Ort			
Überweisender Arzt, Name	Ort			
Überweisungsgrund				
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?				
Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin Ihres Kindes informiert werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Hinweis zur Organisation: Wir werden gegebenenfalls gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden nach GOZ berechnet werden können. (80,00 Euro/Stunde) §615 BGB.

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## Fragen zur Gesundheit

Bitte lesen Sie alle Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes bitte an:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt? Wenn ja, welche?	.ja	nein
1. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkrankungen der Leber oder Niere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Genetische Erkrankungen/Syndrome? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lernschwäche? AD(H)S?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ist Ihr Kind geimpft? Wenn ja, gegen was? <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Besonderheiten bei der Geburt? Wenn ja,                      Frühgeburt?                      Kaiserschnitt?                      Zangengeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zahnmedizinische Anamnese**

ja nein

1. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und bei welchem?		
4. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches?		
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		

**Ernährung**

1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind die Flasche zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu welchem Alter?		
Wann? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> zum Einschlafen <input type="checkbox"/> nachts		
Was war in der Flasche?		
3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?		
4. Bekommt Ihr Kind regelmäßig Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benutzt Ihr Kind Fluoridhaltiges: <input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Speisesalz <input type="checkbox"/> Tabletten		
6. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?		

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

---

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten