

Dr. Henning Storbeck

Kinderzahnarzt - Zahnarzt

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
(zertifiziert durch APW, DGZ und DGK)



Jakobistr.18
59494 Soest
Tel.: 02921 13735
Fax: 02921 13733

www.drstorbeck.de
www.kinderzahnarzt-soest.de

Liebe Eltern,

wir möchten Sie und Ihr Kind ganz herzlich in unserer Praxis begrüßen.
Bitte lesen Sie sich den nachfolgenden Anmeldebogen durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus.
Mit Hilfe der vorliegenden Informationen können wir uns besser auf Ihr Kind vorbereiten.

Ihr Kind Name: Vorname:.....

Straße, Wohnort:

Geburtsdatum:..... Versicherung:.....

Kinderarzt: Zusatzversicherung: ja nein

Elternname Mutter: Vater:

Geburtsdatum

Tel./Handy

Beruf

Eltern sind getrennt : ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung: ja nein Allergien: ja nein
eine Lungenerkrankung ja nein ggf. welche
Entwicklungsverzögerung ja nein geistige Behinderung ja nein

andere Erkrankungen:

nimmt es regelmäßig Medikamente; wenn ja, welche?

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Mit welchem Ergebnis wurde die Behandlung durchgeführt?

.....
.....
.....

(Rückseite bitte auch ausfüllen)

Hat es früher gelutscht bzw. einen Schnuller genommen? Wenn ja, wie lange?

In welchem Alter kam der erste Milchzahn? Mit Monaten.

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne?

Wie putzt Ihr Kind seine Zähne? alleine mit Hilfe der Eltern nur die Eltern

Welche Zahnpasta verwenden Sie ?

Wurden oder werden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange? nein
 ja, bis zum Lebensmonat

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? ja nein

Wenn ja, was war/ ist in der Flasche?

Wurde Ihr Kind gestillt? ja, bis zum Monat nein

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten oder im Tagesverlauf?
.....

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit?
.....

Wie oft isst Ihr Kind Zwischenmahlzeiten am Tag? Ungefähr mal täglich.

Lieblingsspielzeug:

Lieblingsbuch:

Lieblingsfernsehen:

Lieblingslied:

Lieblingsessen:

Hat Ihr Kind Geschwister, wenn ja wie alt sind diese?

Datum: _____

Unterschrift: _____