

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

PATIENTENDATEN

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert ja nein

Freiwillig versichert ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

VERSICHERTENDATEN (sofern Sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? P V

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

WEITERE ANGABEN

Name und Anschrift des behandelnden Kinderarztes _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

GESUNDHEITSCHECK

- Blutungsneigung / Bluterkrankung ja nein
- Diabetes ja nein
- Epilepsie ja nein
- Herzkrankung ja nein
- Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen ja nein
- HIV ja nein
- Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein
- Lungenerkrankung / Asthma ja nein
- Magen- / Darmerkrankung ja nein
- Marcumar / Gerinnungshemmer ja nein
- Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Ohnmachtsneigung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Hat Ihr Kind sonstige schwere Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Hat Ihr Kind Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Reagiert Ihr Kind bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein
Wenn ja, bei welchen? _____
- Gab es Reaktionen auf Impfungen? ja nein
Wenn ja, bei welchen? _____
- Nimmt Ihr Kind Flouridtabletten? ja nein
- Welche Medikamente muss Ihr Kind regelmäßig nehmen? _____

- Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre? ja nein
- Wurden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? ja nein
- Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? ja nein
- Hat Ihr Kind Sprachfehler? ja nein
- Erfolgte eine logopädische Therapie? ja nein
- Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? ja nein
- Putzt Ihr Kind täglich morgens und abends die Zähne? ja nein
- Putzen Sie als Eltern nach? ja nein
- Besitzt Ihr Kind ein Vorsorge- / Prophylaxeheft? ja nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig (2 x jährlich) an den Vorsorge- / Prophylaxesitzungen teil? ja nein

GRUND IHRES BESUCHS

Kontrolluntersuchung ja nein
Schmerzen ja nein
Sonstiges _____

BERATUNGSWUNSCH

Behandlung in Vollnarkose ja nein
Individualprophylaxe / auch zusätzlich zu den Kassenleistungen ja nein
Versiegelung ja nein
Zahnfarbene Füllungen ja nein
Sonstiges _____

IHR KIND IST UNS WICHTIG

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein
Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein
Starker Würgereiz ja nein

Was sollen wir besonders berücksichtigen? _____

Wann war Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Welche Erfahrungen gab es beim letzten Zahnarztbesuch? _____

Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten Sie spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (75,00€ pro 30 Minuten) in Rechnung gestellt werden können. Bitte legen Sie uns Ihre Krankenversichertenkarte zu Beginn eines jeden Quartals beim Termin vor. Konnte das Einlesen der Karte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht erfolgen, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir danken Ihnen für die sorgfältige Beantwortung der Fragen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum, Ort und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten