

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
 geb. am: _____
 Geburtsort: _____
 Anschrift: _____

 Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
 Freiwillig versichert? **ja** [] **nein** []
 Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []
 Basistarif? **ja** [] **nein** []
 Studentisch versichert? **ja** [] **nein** []
 Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
 Fax: _____
 Mobil: _____
 Telefon Büro: _____
 E-Mail Adresse: _____
 Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____
 Versicherter: _____
 geb. am: _____
 Anschrift: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____	Zeit: 1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Patient: _____

Seite 1

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja [] nein []

Anmerkung:

Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergiepass ja [] nein []

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Bei wem?

Warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

ADHS / ADS ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Gelbsucht ja [] nein []

Angstzustände ja [] nein []

Lunge / Asthma ja [] nein []

Blutgerinnungsstörung ja [] nein []

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß ja [] nein []

Obst ja [] nein []

Fast Food ja [] nein []

Deftig ja [] nein []

Isst wenig ja [] nein []

Isst viel ja [] nein []

Unkontrolliertes Essen ja [] nein []

Fruchtsäfte ja [] nein []

Limonaden ja [] nein []

Patient: _____

Mineralwasser ja [] nein []
Tee gesüßt ja [] nein []
Tee ungesüßt ja [] nein []

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [] nein []
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

Schnuller ja [] nein []
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []
Handzahnbürste ja [] nein []
Elektrische Zahnbürste ja [] nein []
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, bei wem?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [] nein []
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe ja [] nein []
Kariesrisikotest ja [] nein []
Ernährungsberatung ja [] nein []
Zusatzleistungen ja [] nein []
Eigene Fragen / Wünsche

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [] nein []
Hat Ihr Kind Angst? ja [] nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____