



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte füllen Sie den Fragbogen sorgfältig aus und bringen ihn zur ersten Behandlung mit!

Patientendaten

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

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert: ja [] nein []
Freiwillig versichert: ja [] nein []
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja [] nein []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [] nein []

Bei einer Privatversicherung angeben:

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

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

Versichertendaten

Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Spezielle Anamnese

Ist Ihr Kind entwicklungsverzögert? ja [] nein []

Anmerkung:

_____ Hast es Allergien (Allergiepass)? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft oder des Gehörs? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung, wenn ja, welche?

Diabetes? ja [] nein []
ADHS / ADS? ja [] nein []
Nierenerkrankung? ja [] nein []
Gelbsucht? ja [] nein []
Lunge / Asthma? ja [] nein []
Blutgerinnungsstörung? ja [] nein []
Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Ernährung / Essgewohnheiten

Werden Süßigkeiten zwischendurch gegessen?

Was trinkt Ihr Kind?

Zahnmedizinische Anamnese

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

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []
Handzahnbürste? ja [] nein []
Elektrische Zahnbürste? ja [] nein []
Wann putzt sich Ihr Kind die Zähne? _____
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, bei wem? _____
Wie heißt der Kinderarzt? _____

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt? ja [] nein []
Hat Ihr Kind Angst? ja [] nein []
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [] nein []
Hat Ihr Kind Löcher? ja [] nein []
Wenn ja, wer hat sie festgestellt? _____
Dürfen wir Ihr Kind an regelm. Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja [] nein []

Bitte halten Sie die elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Zahnarztpraxis bereit.
Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient.

Datum

Unterschrift