

Patient/in: \_\_\_\_\_

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen 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.

**Patientendaten Ihres Kindes**

Name: \_\_\_\_\_

Geb.am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Bitte bei einer gesetzlichen Krankenkasse angeben:**

Pflichtversichert? ja [ ] nein [ ]  
Freiwillig versichert? ja [ ] nein [ ]  
Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [ ] nein [ ]  
Liegt ein Pflegegrad vor? ja [ ] nein [ ] Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Bitte bei einer Privatversicherung angeben:**

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen):**

Rechnung an Patient/in [ ] Versicherten [ ]

Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber /Anschrift: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_

**Persönlicher Gesundheitscheck Ihres Kindes:**

Hat sich Ihr Kind normal entwickelt? ja [ ] nein [ ]

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wenn ja, Allergiepass? ja [ ] nein [ ]

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Impfungen gemäß Empfehlung StiKo? ja [ ] nein [ ]

Gab es bisher ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? ja [ ] nein [ ]

Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe? ja [ ] nein [ ]

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten? ja [ ] nein [ ] (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Einnahme von D-Fluoretten in den ersten Lebensmonaten? ja [ ] nein [ ]

Wurde Ihr Kind gestillt? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen Ihres Kindes:**

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei wem: \_\_\_\_\_

Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Erkrankungen des Gehörs / der Augen? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herzerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Diabetes? ja [ ] nein [ ]

ADHS / ADS? ja [ ] nein [ ]

Patient/in: \_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuches:**

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfehlstellungen	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ihr Kind ist uns wichtig!**

Hat ihr Kind Angst? ja [ ] nein [ ]

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [ ] nein [ ]

Wenn nein, beim wem? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenaufnahmen gemacht? ja [ ] nein [ ]

Wenn nein, beim wem? \_\_\_\_\_

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

**Beratungswunsch:**

Vorsorge zum Erhalt der Zähne / Prophylaxe ja [ ] nein [ ]

Kariesrisikotest ja [ ] nein [ ]

Ernährungsfragen ja [ ] nein [ ]

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge Ihres Kindes, um Erkrankungen zu vermeiden?

ja [ ] nein [ ]

Wie möchten Sie, dass wir Ihr Kind an seinen nächsten Vorsorgetermin erinnern?

per Post [ ] per E-Mail [ ]

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

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

Datum Unterschrift \_\_\_\_\_