

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.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie 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 []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? schriftlich [] per E-Mail []

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.

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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?

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

ADHS / ADS ja [] nein []

Nierenerkrankungen 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?

Zahnmedizinische Anamnese

Putzt Ihr Kind die Zähne allein? ja [] nein []

Handzahnbürste ja [] nein []

Elektrische Zahnbürste ja [] nein []

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? ja [] nein []

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

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt	ja []	nein []
Hat Ihr Kind Angst?	ja []	nein []
Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgungsuntersuchungen erinnern?	ja []	nein []

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

Name: _____

Datum _____ Unterschrift _____