

Die Zahnpraxis

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.



Anamnesebogen
Kinder

Ihre Daten

Name des Kindes: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben

pflichtversichert freiwillig versichert

Private Zusatzversicherung ja nein

Versichertendaten (sofern von den Patientendaten abweichend)

Rechnung an PatientIn oder Versicherte(n)?

PatientIn Versicherte(n)

Versicherte(r): _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Name und Anschrift des behandelnden Kinderarztes _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Familie /Freunde/Bekannte

Internet

Gelbe Seiten

sonstige: _____



Gesundheitscheck

- Blutungsneigung/ Bluterkrankung ja nein
Diabetes ja nein
Epilepsie ja nein
Herzerkrankung ja nein
Herzschrittmacher / Künstl. 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? _____

Welche Medikamente muss Ihr Kind regelmäßig nehmen?

- Nimmt Ihr Kind Flouridtabletten? ja nein
Trägt Ihr Kind eine Zahnspange? 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

Was sollen wir besonders berücksichtigen? _____

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

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

