

Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Im Interesse der Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Patient Kind Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____
 Versicherter Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____
 Anschrift Straße / Nr. _____
 PLZ _____ Ort _____
 Tel.Nr. _____ Mobil Nr. _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____

beihilfeberechtigt privat zusatzversichert freiwillig versichert

Name und Adresse des betreuenden Kinderarztes _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

ALLGEMEINANAMNESE

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? ja / nein

Asthma, Atemnot ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Genetische Erkrankungen ja nein

Tumore ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Epilepsie (Krampfanfälle) ja nein

Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV) ja nein

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, Name des Kieferorthopäden: _____

Was ist der Grund des heutigen Besuches? _____

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

nein Daumen Schnuller sonstige

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

nein Handzahnbürste elektr. Zahnbürste

Wie oft pro Tag? 1x 2x 3x

Bekommt Ihr Kind Fluoride? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Besuch beim Zahnarzt?

positiv neutral ängstlich erster Besuch

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt: _____

Besteht Interesse an unserem kostenlosen Erinnerungsservice? per Anruf per Brief per E-Mail

Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Hinweis: Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärztin Ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen - was dann? Weder sie noch ihre Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie zu einem für Sie reservierten Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig (nach Möglichkeit 1 - 2 Tage vorher) abzusagen. Damit erweisen Sie uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Vielen Dank!

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage behalten wir uns vor, Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr zu geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO privat in Rechnung gestellt werden.