



Liebe Eltern,
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne im persönlichen Erstgespräch in der Praxis.

Patient: Geb. männlich weiblich

Mutter: Geb.

Vater: Geb.

Anschrift:

ggf.: weitere Anschrift:

Telefon Mobil E-Mail

Beruf Vater: Beruf Mutter:

Versicherung über: Vater Mutter Andere

Name der Versicherung:

Rechnungsempfänger: Vater Mutter

Erziehungsberechtigter: beide Vater Mutter Andere

Allgemeine Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Krankheiten oder Symptome? Bitte ankreuzen, bzw. unterstreichen und ggf. ergänzen!

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Herzfehler/Herzgeräusche/Herzkrankung | <input type="checkbox"/> | Asthma/ Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | Endokarditisrisiko /Herzpass | <input type="checkbox"/> | Magen- Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | Fieberkrämpfe oder Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Stoffwechselkrankheiten (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Gendefekt (wenn ja, welcher) |
| <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Lernschwäche/Sprachprobleme/ADHS |
| <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderung/Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> | Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten (HIV, HBV, TBC) |

Andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein oder hat es in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente genommen?

nein ja Name

Hat Ihr Kind Allergien (Allergiepass)? nein ja Welche

Name und Anschrift des Kinderarztes

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

nein ja Bei wem/Wo





Was ist der Grund für den Besuch bei uns /was ist Ihnen besonders wichtig:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Flyer | <input type="checkbox"/> | Kinderarzt |
| <input type="checkbox"/> | Internet | <input type="checkbox"/> | Kieferorthopäde |
| <input type="checkbox"/> | Freunde | <input type="checkbox"/> | Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> | Familie | <input type="checkbox"/> | Andere |

Zahnmedizinische Anamnese:

| | Ja | Nein |
|--|----|------|
| War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn ja: wann zuletzt? | | |
| Wenn ja: Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf, welche? | | |
| Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen? | | |
| Hat Ihr Kind sichtbare Karies (dunkle Stellen...)? | | |
| Sind bei Ihrem Kind bereits ZAHNÄRZTLICHE Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann zuletzt (Monat/ Jahr) | | |
| Bei wem/Name und Anschrift | | |

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? nein ja Name

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja Name

Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

Kinderzahnpaste Junior/Erwachsenenzahnpaste Fluorett Keine

Putzt Ihr Kind seine Zähne alleine? nein ja

Wie häufig werden die Zähne am Tag geputzt?

Hat Ihr Kind genuckelt (Nuckel/Daumen/Stoffier): nein ja bis immer noch

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja bis immer noch

Hat Ihr Kind aus einer Saugflasche getrunken? (Schnuller- oder Schnabelaufsatz, Sigg-Flasche)?

nein ja bis immer noch

Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen / in der Nacht? nein ja

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am häufigsten (z.B. Apfelsaftschorle)?

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminierung und dem Recall jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich bin mit der Weitergabe der hier erhobenen Daten an Dritte (Mitarbeiter) zum Zwecke der Abrechnung/Terminierung einverstanden. Ich entbinde hiermit den/die Zahnarzt/Zahnärztin aus den oben genannten Gründen von der Schweigepflicht.

Ich versichere, jede Veränderung der hier gemachten Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift