

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um uns optimal auf Ihr Kind vorbereiten zu können, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus.
Neben Ihren Personalien sind dies auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand
Ihres Kindes. Die für eine individuelle und sichere Betreuung sehr wichtig sind.
Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ihre Zahnarztpraxis Zahn im Glück

Name, Vorname **des Kindes**: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer/PLZ: _____

Erziehungsberechtigter: Mutter Vater Beide

versichert über: Mutter Vater privat gesetzlich beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung: _____

Versicherung: _____

Name/Adresse Kinderarzt: _____

Überweiser: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Name, Vorname **der Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer/PLZ: _____

Telefon: _____ privat: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Name, Vorname **des Vaters**: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer/PLZ: _____

Telefon: _____ privat: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

Leidet Ihr Kind an Allgemeinerkrankungen die folgendes betreffen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Tumore/bösartige Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten/Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hör- oder Sehprobleme |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> Leber/Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lernschwäche/ADHS |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose/Aids/Infektionserkrankungen | |
- Geist. Beeinträchtigung/Behinderung Pflegestufe, wenn ja welche? _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- Herzoperation angeborener oder erworbener Herzfehler

Sonstiges: _____

Allergien, wenn ja welche?

- Antibiotikum (z.B. Penicilline) Schmerzmittel Lokalanästhetika Latex

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung/Krankenhausaufenthalt? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Medikament: _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein

Möchten Sie die zahnärztl. und kieferorthopädische Behandlung zusammen in unserer Praxis durchführen lassen?

- ja nein

Zahnärztliche Angaben:

Fand schon einmal eine zahnärztliche Behandlung statt? ja nein

Wurden schon einmal zahnärztl. Röntgenbilder angefertigt? ja nein

Hatte Ihr Kind schon Zahnschmerzen oder einen Zahnunfall? ja nein

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischen Behandlung? ja nein

Bekommt Ihr Kind noch einen Schnuller oder lutscht es am Daumen? ja nein

Erhält Ihr Kind Fluoride (Zahnpasta/Elmex Gelee/Tabletten)? ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- erster Zahnarztbesuch Kontrolle/Routine Schmerzen

Wie schätzen Sie Ihr Kind ein positiv neutral ängstlich

Einblick in die Welt Ihres Kindes:

Ihr Kind besucht eine: Kinderkrippe Kindergarten Schule, Klasse: _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen: _____

Möchten Sie schriftlich an die halbjährlichen Vorsorgetermine erinnert werden? ja nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und der Daten meines Kindes stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes zur Behandlungsdokumentation angefertigt und Abgespeichert werden. Ich erkläre mich der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes in der Praxis Zahn im Glück einverstanden. Ich bin grundsätzlich mit zahnerhaltenden Maßnahmen, der örtlichen Betäubung oder der Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne einverstanden, soweit diese Behandlungen aus zahnärztlicher Sicht notwendig sind.

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie um umgehende Benachrichtigung (spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin), damit die Behandlungszeit anderweitig vergeben werden kann.

Mit meiner Unterschrift erkläre und bestätige ich, den Anamnesebogen gelesen und verstanden zu haben Und vorstehende Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Einverständniserklärung

Im Falle einer fehlenden Versicherungskarte (Bestätigung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters):

Ich bestätige hiermit, dass ich **ohne Vorlage** der Krankenversicherungskarte von meine/m Tochter/Sohn zur Behandlung war.

Ich werde die Versicherungskarte ohne weitere Aufforderung **innerhalb von 10 Tagen** nachreichen.

Ich weiß, dass ich **ohne gültige Krankenversicherungskarte als Privatpatient** behandelt werde und **eine Liquidation** als Privatpatient erhalte.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____