

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über das zahnmedizinische Anliegen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir außer den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dient als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl / Ort

geboren am:

Versicherter

Name Vorname

geb.

Straße/Hausnummer

Telefon

Postleitzahl / Ort

Mobil-Tel.-Nr.

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilfeberechtigt zusatzversichert

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatte / hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | |

b) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? nein wenn ja, seit/wann?

c) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien nein wenn ja, welche?

2. Einige Fragen zur Einstellung Ihres Kindes zum Zahnarztbesuch

- a) Wann war der letzte Zahnarztbesuch? ungefähr
- b) Was wurde behandelt?
- c) Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein
- d) Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr
- e) Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

3. Einige Fragen zur Einstellung zur Zahngesundheit Ihres Kindes

- a) Wie oft werden die Zähne täglich geputzt? mal
- b) Wie lange werden Sie geputzt? Minuten
- c) Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind? elektrische Handzahnbürste
- d) Welche Borsten hat die Zahnbürste? weiche mittlere harte Borsten
- e) Putzt sich Ihr Kind freiwillig die Zähne? ja erst nach Aufforderung

4. Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Bitte beachten Sie: Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass die Fahrtüchtigkeit Ihres Kindes u. a. mit dem Fahrrad für 4-5 Stunden beeinträchtigt werden kann!

Nur noch einige Fragen zum Schutz Ihres Kindes vor Karies und Zahnfleischerkrankungen

- Hat Ihr Kind einen Prophylaxepass? ja nein
- Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahnputzschulung bekommen? ja nein
- Sind bei Ihrem Kind schon einmal die Backenzahnoberflächen versiegelt worden? ja nein
- Sind die Zähne bereits durch eine Fluoridierung gehärtet worden? ja nein
- Hat Ihr Kind einmal eine medizinische Zahnreinigung (MZR) bekommen? ja nein
- Ist bei Ihrem Kind das Kariesrisiko durch einen Speicheltest gemessen worden? ja nein
- Ist bereits ein Kariesfrüherkennungstest gemacht worden? ja nein

Karies und Zahnfleischerkrankungen werden häufig von den Eltern auf die Kinder übertragen.

- Liegt bei Ihnen oder Ihrem Partner ein erhöhtes Kariesrisiko vor? ja nein
- Leiden Sie oder Ihr Partner unter einer Zahnfleischerkrankung? ja nein

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>
Datum	Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam