



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um ihr Kind kennen zu lernen, benötigen wir folgende Angaben:

Patient:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:		
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon:	Mobil:	E-Mail:
Krankenkasse:	Beruf:	Arbeitgeber:
Empfohlen/Überwiesen durch:	Hausarzt:	

Grund des Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung
- Füllung verloren
- Prophylaxe / Vorbeugung
- Sonstiges:**
- Beratung / Zweitmeinung
- Zahnschmerzen
- Das Kind ist sehr ängstlich

Die Zähne werden geputzt

- Von den Eltern
- Mit Hilfe der Eltern
- Vom Kind selbst
- Vor dem Schlafengehen
- Morgens und abends
- Nach jeder Mahlzeit

Bekommt ihr Kind

- fluoridierte Zahnpasta
- fluoridiertes Speisesalz
- Fluorid-Tabletten

Wie häufig isst ihr Kind Süßigkeiten?

- Mehrmals täglich
- Mehrmals wöchentlich
- Täglich
- seltener

Welche Lutschgewohnheiten hat ihr Kind?

- Daumen/Finger Schnuller
- Tuch
- anderes
- keine

Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- Nein
- ja und zwar bei

Wünschen Sie Informationen über ein Vorbeugungsprogramm zur Vermeidung von Karies auch vor dem sechsten Lebensjahr

- Nein
- ja

Der Gesundheitszustand Ihres Kindes:

Allgemeinerkrankungen oder Medikamente müssen bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigt werden. Auch können Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit haben. Daher sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes zu dem Gesundheitszustand an und informieren Sie uns, falls sich im Laufe der Behandlung Änderungen ergeben.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Datenschutzerklärung nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

nein ja

Ist oder war Ihr Kind ernsthaft erkrankt?

woran:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

welche:

Sind bei Ihrem Kind Asthma, Allergien oder Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen bekannt?

welche:
.....

Leidet Ihr Kind an einem Herzfehler / Herzkrankheit?

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund- / Kieferbereich?

Termin-Erinnerungssystem (Recall)

Ich möchte die vereinbarten Termine per E-Mail auf meinen PC bzw. mein Handy geschickt bekommen.

Ich möchte an die regelmäßig notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden? Und zwar durch

E-Mail (Bitte oben die E-Mail-Adresse eintragen) Brief Anruf, am besten gegen ____ Uhr

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten _____