

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenakte mit nachfolgenden Angaben. Bitte prüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geboren am: Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Telefon: Mobil:

Telefon Büro: Fax:

E-Mail:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten Versicherten

Versicherter:

geboren am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Name & Anschrift Ihres Zahnarztes / Überweisers:

.....

Name Ihres Hausarztes:

Anschrift Ihres Hausarztes:

Telefon Ihres Hausarztes:

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja nein
 Anmerkung:

Allergien ja nein
 Wenn ja, welche?

Allergiepass ja nein

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

Sonstige Erkrankungen

Herzerkrankung / Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Angstzustände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ADHS / ADS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lunge / Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?			

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Limonaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mineralwasser	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fast Food	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tee gesüßt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tee ungesüßt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zahnmedizinische Anamnese

Ist Ihr Kind gestillt worden? ja nein
 Wenn ja, wie lange?

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ja nein
 Wie lange? Was war in der Flasche?

Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate? ja nein
 Wenn ja, in welcher Form?

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja nein
 Wenn ja, welche (Daumen / Schnuller)?

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja nein

Handzahnbürste ja nein Elektrische Zahnbürste ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Hatte Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Beratungswunsch

.....

.....

Wir benötigen bitte Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Rechnung.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift