



Patienten-Erhebungsbogen (Kinder bis 12 Jahren)

Sie sind heute das erste Mal mit Ihrem Kind in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung individuell auf Ihre Bedürfnisse angepasst werden kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte gerne an die Rezeption.

Name des Kindes

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift des Kindes

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Name des Versicherten/ Rechnungsempfängers

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Adresse (falls abweichend)

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Erreichbarkeit

Telefon tagsüber _____ Mobil _____

Privat _____ E-Mail _____

ja

Versicherungsstatus

Gesetzlich bei _____ Freiwillig bei _____ Zusatzversicherung? _____

ja

ja

Privat bei _____ Beihilfe? _____ Basistarif? _____

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen/ empfohlen?

nein

ja, durch _____

Ihr Kinderarzt

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

nein

ja, bei _____

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?

- nein ja, welche?
-

Hat Ihr Kind Allergien?

- nein ja, gegen welche Stoffe/Medikamente? Allergiepass vorhanden?
-

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja, welche? (Medikamentenliste vorhanden?)
-

Hatte Ihr Kind schon mal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

- nein ja, wegen _____
-

Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?

- nein ja

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?

- nein ja weiß nicht

Wie oft putzt Ihr Kind am Tag die Zähne?

- einmal zweimal dreimal

Wie putzt sich Ihr Kind die Zähne?

- alleine mit Hilfe der Eltern nur durch die Eltern elektrisch

Welche Zahnpasta verwenden Sie?

- Kinder/Jugendzahnpasta ohne Fluorid Kinder/Jugendzahnpasta mit Fluorid
 Erwachsenenzahnpasta

Wurden Fluoridtabletten verabreicht?

- nein ja, bis zum _____ Lebensmonat

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

- nein ja

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?

- nein ja, immer noch ja, früher bis zum _____ Lebensmonat

Wurde Ihr Kind gestillt?

- nein ja, früher bis zum _____ Lebensmonat

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan?

- nein ja, aktuell ja, früher bis zum _____ Lebensmonat

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

- Wasser aromatisiertes Wasser ungesüßten Tee gesüßten Tee
 Fruchtsaft Fruchtsaftschorle Cola Limonade/Eistee
 Milch Kakao Sonstiges _____

Wieviel Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind ungefähr täglich?

ca. _____

Sind Sie interessiert an einem Kinderprophylaxeprogramm ?

- nein ja kenne ich nicht

Möchten Sie an einem Recall (regelmäßige Erinnerung an Vorsorge/Zahnreinigung) teilnehmen?

- nein ja

Wenn ja, wie wollen Sie benachrichtigt werden?

- E-Mail Brief

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an weiterbehandelnde Zahnärzte einverstanden (z.B. Kieferorthopäden, Kieferchirurgen)

- nein ja

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Fragen Zeit genommen haben. Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihr Vertrauen.

Wir versuchen Wartezeiten möglichst gering zu halten. Daher bitten wir Sie dringend, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr von 50.-€ pro angefangene halbe Stunde in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich den im Wartezimmer der Praxis öffentlich ausliegenden Teil zum Thema Datenschutz nach der DGSVO gelesen habe, und mit diesem einverstanden bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Datum _____ Unterschrift _____