ZAHNARZTPRAXIS
DR. CHRISTOPH SCHMIDTNER
DR. BRIGITTE SCHMIDTNER

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 / Handy / Email

_____

Telefon **Mobil**

_____

E-Mail

Versicherungsstatus

_____

Gesetzlich bei **Freiwillig bei** **Privat bei**

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

_____

Zusatzversicherung? **Beihilfe?** **Basistarif?**

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen/ empfohlen?

□ **nein** □ **ja, bei**

_____

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 einmal eine schwerwiegende 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 □ unbekannt

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

Verwendet ihr Kind Zahnseide?

□ nein □ ja

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 □ Fruchtschorle □ Cola □ Eistee / Limonade

□ Milch □ Kakao □ Sonstiges _____

Wieviel Zwischenmahlzeiten isst ihr Kind ungefähr täglich?

ca. _____

Sind Sie interessiert an einem Kinderprophylaxeprogramm?

□ nein □ ja □ Unbekannt

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

□ ja, per Mail **(bitte auf Seite 1 angeben)** **Wie häufig?** □ 1x jährlich □ 2x jährlich

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

□ nein □ ja

Möchten Sie an Ihre Termine per SMS am Vortag erinnert werden (bitte auf Seite 1 Nummer angeben)?

□ nein □ ja

Falls Kosten entstehen wünsche ich die Rechnung unverschlüsselt per E-Mail (bitte auf Seite 1 angeben)?

□ nein □ ja

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 _____