

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spezielle Anamnese

Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

ADHS / ADS ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Gelbsucht ja [] nein []

Angstzustände ja [] nein []

Lunge / Asthma ja [] nein []

Blutgerinnungsstörung ja [] nein []

Hepatitis ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Infektionserkrankungen ja [] nein []

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [] nein []

Wenn ja, welche (z.B. Daumen, Schnuller)?

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []

Handzahnbürste ja [] nein []

Elektrische Zahnbürste ja [] nein []

Patient: _____

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []

Datenschutz: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu.

Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja [] nein []

Wir benötigen 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 eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____