

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei 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: .....

Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden?  ja  nein

Dürfen wir Ihnen Terminbenachrichtigungen per E-Mail senden?  ja  nein

### 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: .....

Ort 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

.....

Selbstverständlich behandeln wir Sie auch, wenn Sie Ihre Versichertenkarte einmal vergessen haben. Allerdings können wir nur mit der Krankenkasse abrechnen, wenn uns die Karte vorliegt. Wir müssen deshalb darauf bestehen, dass Sie Ihre Karte innerhalb 5 Tagen nachreichen, da wir ansonsten gezwungen sind, Ihre Behandlung auf der Basis der GOZ als Privatbehandlung zu berechnen.

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 .....