

## Patienten-Erhebungsbogen

Liebe Eltern,

mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die freien Zeilen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an - vielen Dank. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Vor-/Nachname (Kind)	Geburtsdatum
Vor-/Nachname des Hauptversicherten (+Geburtsdatum)	Adresse
Postleitzahl/Ort	Telefon (privat)
Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)
Beruf des Hauptversicherten	Arbeitgeber
Name der Krankenkasse/Versicherung	Email

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- privat versichert im Basistarif
- Beihilfe berechtigt
- zusatzversichert

Kinder-/Hausarzt/Ort \_\_\_\_\_

Bisheriger Zahnarzt/Ort \_\_\_\_\_

Anderer Arzt/Therapeut \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Anamnese:

#### Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

- Routineuntersuchung
- Schmerzen

**Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?**  Allererster Besuch  Ja  Nein

**Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?**  Ja  Nein

**War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wie verlief dieser Besuch?

**Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?**  Ja  Nein



## Gesundheitsfragen:

### Mein Kind hat folgende Erkrankungen

### Mein Kind nimmt zurzeit folgende Medikamente?

**Hat Ihr Kind Allergien gegenüber bestimmten Stoffen?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

**Sind Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen vollständig? (Impfpass)**  Ja  Nein

## Ernährungs- /Gewohnheiten:

**Ist Ihr Kind gestillt worden?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wie lange?

**Trinkt Ihr Kind noch aus der Babyflasche?**  Ja  Nein

### Was trinkt Ihr Kind?

**Isst Ihr Kind Süßes?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wie oft am Tag?  1x/Tag  mehrmals am Tag

**Hat Ihr Kind am  Daumen gelutscht oder einen  Schnuller verwendet?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wie lange?

**Wie oft putzt sich Ihr die Kind die Zähne?**  1x/Tag  2x/Tag  3x/Tag

**Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?**  Ja  Nein

**Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate?**  Ja  Nein  
Wenn ja, was?  Tabletten  Fluoridhaltiges Wasser  
 Fluoridhaltiges Speisesalz  Fluoridhaltige Zahnpasta

**Erinnerung zur Routineuntersuchung (Recall) gewünscht**  Ja  Nein

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig. Hiermit verpflichte ich mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

### Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

Wir sind eine Zahnarztpraxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Daher bitten wir Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Versäumnis Ihres Termins oder nicht rechtzeitiger Absage stellen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 25 € in Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter