

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen 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

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

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Bei wem?

Warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

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 []

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

Wenn ja, welche?

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß ja [] nein []

Obst ja [] nein []

Fast Food ja [] nein []

Deftig ja [] nein []

Patient: _____

Ernährung / Essgewohnheiten

Isst wenig	ja []	nein []
Isst viel	ja []	nein []
Unkontrolliertes Essen	ja []	nein []
Fruchtsäfte	ja []	nein []
Limonaden	ja []	nein []
Mineralwasser	ja []	nein []
Tee gesüßt	ja []	nein []
Tee ungesüßt	ja []	nein []

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?	ja []	nein []
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?		

Schnuller	ja []	nein []
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?	ja []	nein []
Handzahnbürste	ja []	nein []
Elektrische Zahnbürste	ja []	nein []
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?		

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja []	nein []
Wenn ja, bei wem?		

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	ja []	nein []
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?		

Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe	ja []	nein []
Kariesrisikotest	ja []	nein []
Ernährungsberatung	ja []	nein []
Zusatzleistungen	ja []	nein []
Eigene Fragen / Wünsche		

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt	ja []	nein []
Hat Ihr Kind Angst?	ja []	nein []
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.

Patient: _____

Datum _____ Unterschrift _____