



Liebe Eltern, liebe Kinder, herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Ihr Kind auszurichten. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß. Wir legen viel Wert auf unser persönliches Gespräch. Der Fragebogen dient dazu, dieses zu unterstützen und Zeit für die Behandlung Ihres Kindes zu gewinnen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____

Tel. mobil: _____

Krankenkasse: _____

Versicherte/r

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Falls Sie eine Empfehlung von einer Bekannten oder einem Bekannten hatten, haben Sie sich im Vorfeld zusätzlich unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden?

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per Email

Wer ist Ihr Hausarzt/Kinderarzt?

Name: _____

Ort: _____

Spezielle Anamnese

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass oder reagiert es überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Erkrankungen:

Herzerkrankung ja nein

Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Sonstige Herzerkrankung ja nein

Lebererkrankung ja nein

Infektionskrankheiten (Tbc, Gelbsucht, AIDS) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Epilepsie ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Asthma ja nein

AD(H)S ja nein

Autismus-Spektrum-Störung ja nein

Sonstige Erkrankungen _____

Zahnmedizinische Anamnese

Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes? ja nein

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja nein

Wenn ja, welche? Daumen Schnuller

Sonstige _____

Kieferorthopädische Behandlung ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Zusatzinformationen

Spitzname: _____

Hobbys: _____

Lieblingsspielzeug: _____

Lieblingssessen: _____

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten oder haben Sie Fragen/Wünsche?

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift