



Fragebogen für Kinderpatienten

Liebe Eltern,

Ihr Kind soll möglichst schonend und dabei erfolgreich zahnärztlich untersucht und behandelt werden.

Dazu ist die Beantwortung der nachstehenden Fragen hilfreich.

Patient: Name, Vorname _____ Geb.datum _____

versichert über: Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Anschrift: Straße, Hausnr. _____

PlZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse: _____

GKV-pflichtversichert GKV-freiwillig privat Basistarif Selbstzahler

Sie sind auf uns aufmerksam geworden durch _____

Einige allgemeinmedizinische Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben, zu Ihrer eigenen Sicherheit und die der anderen Patienten. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an:

| | ja | nein | Bemerkungen/Medikamente |
|--|----|------|-------------------------|
| Allergie | | | |
| Atemwegserkrankungen | | | |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | | | |
| Bluterkrankungen | | | |
| Diabetes/Blutzucker | | | |
| Stoffwechselerkrankungen/Schilddrüse | | | |
| HIV-Infektion/AIDS/andere Infektionskrankheiten | | | |
| Lebererkrankungen/Hepatitis | | | |
| Nierenerkrankungen | | | |
| Medikamentenunverträglichkeiten/Antibiotika/Schmerzmittel etc. | | | |
| Komplikationen bei früheren lokalen Anästhesien/Vollnarkosen (ITN) | | | |
| Geistige oder körperliche Behinderung | | | |
| Spastiken/Epilepsie | | | |
| Autoimmunerkrankungen | | | |

Sonstige Erkrankungen: _____

Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung/Hausarzt? nein ja

Name/Anschrift des Arztes _____

Haben Sie weitere Kinder? nein ja Wie alt? _____

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja Wie lange? _____

Hat Ihr Kind eine Saugflasche bekommen (zum Einschlafen)? nein ja

Bis zu welchem Alter? _____



| | ja | nein | Bemerkungen |
|---|----|------|-------------|
| War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? | | | |
| Gab/Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung? | | | |
| Halten Sie den Erhalt der Zähne Ihres Kindes für wichtig? | | | |
| Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | | | |
| Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen? | | | |
| Putzt Ihr Kind seine Zähne selbständig? | | | |
| Wenn ja, putzen Sie anschließend die Zähne nach? | | | |
| Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben? | | | |
| Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz benutzt? | | | |
| Wird Fluoridgel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? | | | |
| Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt? | | | |

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Wie oft isst Ihr Kind Zwischenmahlzeiten? Ungefähr _____ am Tag

Wie oft werden die Zähne geputzt? morgens mittags abends

Falls nur ein Elternteil anwesend ist: Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete diesen.

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Nun noch einige Worte zu unserer Organisation:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Wir bitten Sie einen kurzfristigen Behandlungswunsch auf unsere Warteliste für freiwerdende Termine vermerken zu lassen und in einem unvorhergesehenen Notfall vorher anzurufen. Wir werden dann unser mögliches tun, Ihnen zügig Sprechzeit zu reservieren. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Benachrichtigung (mindestens 24 Stunden vorher), damit wir diese reservierte Zeit noch anderweitig weitergeben können. Anderenfalls kann Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Heinsberg, den _____
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Vorsorge/Erinnerung (Recall)

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir unseren Patienten einen *kostenlosen* Service zur Vorsorge (Recall) an, denn Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen zwei bis sechs Monate betragen.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch, per Fax oder E-Mail an einen Vorsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Heinsberg, den _____
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis nicht in Anspruch nehmen