



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Eltern, unten stehende Fragen und Angaben dienen der Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes. Wir bitten Sie, diese sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung entsprechend dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal durchführen zu können. Bitte ignorieren Sie die Fragen, die nicht dem Alter Ihres Kindes entsprechen. Vielen Dank!

PATIENTENDATEN

Name, Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Name der Mutter:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Name des Vaters:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Anschrift des Kindes:	<input type="text"/>	Tel. (privat):	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Tel. (mobil):	<input type="text"/>

Wie sind Sie versichert? gesetzlich pflichtversichert freiwillig mit Zahnzusatzversicherung

Als Familienangehöriger mitversichert bei: Mutter Vater

Beruf (des Versicherten):

Name und Anschrift des Kinderarztes:

Kindergartenkind: N J

Schulkind: N J

Sonstige Fremdbetreuung: N J

Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?

Gibt es besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Haar, den _____ Unterschrift _____



PATIENT

Vorname

Name

GESUNDHEITSFRAGEN

Herzfehler	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Herzrythmusstörungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Hat Ihr Kind einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges		

BLUTERKRANKUNGEN

Hämophile (Bluter)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges		

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Krämpfe	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige		

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

(Zuckerkrankheit) Diabetes	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Magen/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges		

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis A oder B	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

ALLERGIEN

Asthma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Natriumbicarbonat	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Glycine	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Penicilin	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Latex	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige Medikamente/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Andere Stoffe	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Frühere Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Wenn ja, wann und weshalb?		

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Wenn ja, welche?		

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Ja, wegen		

Arzt/ Ärztin

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Erster Zahnarztbesuch mit _____ Jahren.

Zahnarztefahrung des Kindes:

keine Zahnarztefahrung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
schlechte Erfahrung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
gute Erfahrung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Mund-Kiefer-OPs / Unfälle?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Frontzahraum	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Wann? Warum?		

Folgen:

Kieferorthopädische Behandlung		
Mutter	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Vater	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Geschwister	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Patient	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
KFO geplant?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J