

Patientenanmeldung



In allen folgenden Formularen zu führen als:

Vor/-Zuname: _____ **Datum:** _____ **Nr.:** _____

Patient Vor/-Zuname: _____ geb. am: _____
Geburtsort: _____

Vater (Vor- und Zuname): _____ geb. am: _____

Mutter (Vor- und Zuname): _____ geb. am: _____

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____ E-Mail: _____

Name + Anschrift Arbeitgeber beider Eltern (Bei Selbstständigen Name und Adresse des Unternehmens)

Vater: _____

Mutter: _____

Erziehungsberechtigte/r: Vater ☐ Mutter ☐ sonstige Person: _____

Zahlungspflichtiges Mitglied: _____
Name Vorname Geb.-Datum

Adresse: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Wie ist Ihr Kind versichert? Beihilfe ☐ privat ☐ gesetzlich Pflicht ☐ gesetzlich freiwillig ☐

Bestehen Zahnzusatzversicherung für den Bereich Prophylaxe/Füllungen? ☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse/Versicherungsträger: _____

Welcher Elternteil ist Mitglied bei der o.g. Krankenkasse/-versicherung? Vater ☐ Mutter ☐

Termine sind ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, müssen Sie diesen **innerhalb der Praxisöffnungszeiten mind. 24h – bei Eingriffen in Vollnarkose (OP's) mind. 48h – vorher absagen**, da ansonsten ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden kann. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Wir verweisen auf die Ihnen überlassene Patienteninformation aus dem Begrüßungsbrief.

Unterschrift: _____



Anamnese des Patienten



Vor/-Zuname: _____ Alter: _____ Nr.: _____ Datum: _____

Name und Adresse Kinderarzt: _____

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (ggf. bitte einkreisen)

	Ja	Nein
1. Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? Herzpass O seit:	☐	☐
2. Asthma, Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?	☐	☐
3. Lernschwäche oder Sprachprobleme?	☐	☐
4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?	☐	☐
Wenn ja: Welchem Alter entspricht die Entwicklungsstufe Ihres Kindes? _____ Jahre		
5. Leber- oder Nierenerkrankung?	☐	☐
6. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?	☐	☐
7. Spastik oder veränderter Muskeltonus?	☐	☐
8. Hörprobleme oder Taubheit?	☐	☐
9. Sehschwäche oder Blindheit?	☐	☐
10. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	☐	☐
11. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	☐	☐
12. Tumore oder bösartige Krankheiten?	☐	☐
13. Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?	☐	☐
14. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	☐	☐
14a Wenn Frühgeburt: Welche SSW? _____ Geburtsgewicht? _____ g Beatmet worden?	☐	☐
15. Sind Masern /Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen vollständig? (Impfpass)	☐	☐
16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten?	☐	☐
17. Hat Ihr Kind <u>Allergien</u> ? Wenn ja welche? (Allergiepaß bitte mitbringen)	☐	☐
18. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn Ja, was:	☐	☐
19. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? Anlaß:	☐	☐
20. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen? Wenn Ja, welche?:	☐	☐

Zahnmedizinische Anamnese

	Ja	Nein
1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn ja, bitte ausfüllen (Datum, Name + Anschrift) Wann? _____ Bei wem? _____ Was behandelt worden? (ggf. Rückseite benutzen)	☐	☐
2. Liegen Röntgenbilder der Zähne vor? (Wenn ja, bitte an Roentgen@Kinderzahnarzt-Praxis.de schicken lassen.)	☐	☐
3. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	☐	☐
4. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	☐	☐
Wenn ja, welches:	☐	☐
5. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	☐	☐
Wenn ja, wann? _____ bitte erläutern:	☐	☐

Ernährungsgewohnheiten

	Ja	Nein
1. Ist Ihr Kind gestillt worden?	☐	☐
Wie lange? _____ Auch nachts oder zum einschlafen?	☐	☐
2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Immer noch O	☐	☐
Wie lange? _____ Auch nachts oder zum einschlafen?	☐	☐
Was war/ist in der Flasche?		
3. Was trinkt Ihr Kind zurzeit?		
4. Ist Ihr Kind ein guter Esser?	☐	☐
5. Isst Ihr Kind viel Süßes? Wenn ja, Was?	☐	☐
6. Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? Wenn ja, welche?	☐	☐
Fluoridtabletten O Zahnpasta O Elmex Geleé O Fluoridiertes Speisesalz (Jodsalz) O		



Anamnese des Patienten/der Eltern



Name des Patienten: _____ Nr.: _____ Datum: _____

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie diese an. Wichtig: Bitte von beiden Elternteilen.

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche?

Mutter: _____

Vater: _____

Allergie Pass vorhanden?
Wenn ja, bitte mitbringen.

Ja ☐ nein ☐

Ja ☐ nein ☐

2. Neigen Sie zu:

Mutter

Vater

	Ja	Nein
Karies	☐	☐
Zahnfleischbluten	☐	☐
Zahnstein	☐	☐

	Ja	Nein
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

3. Haben Sie Angst
vor dem Zahnarzt

☐ ☐

☐ ☐

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Was dürfen wir für Ihr Kind tun? / Was ist Ihr Hauptwunsch an uns?

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Bitte nur nach Aufforderung unterschreiben:

WICHTIG!

Der letzte erfasste Gesundheitsstatus meines Kindes ist aktuell. Ev. Veränderungen in den letzten Monaten, insb. in Bezug auf schwere Krankheiten, Allergien und/oder verschreibungspflichtige Medikamente habe ich angegeben.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____