

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie mit Ihrem **Kind** in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

Name/Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon/Festnetz Telefon/Mobil

Email-Adresse

Ihr Hausarzt/Kinderarzt (Name/Adresse/Telefon)

### VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich Versichert     Beihilfeberechtigt     Privat Versichert     Zusatzversicherung

**Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:**

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

#### Warum Suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
- Beratung
- „Zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

#### Wie wurden sie auf uns aufmerksam?

- Homepage
- Anzeige
- Jameda
- Persönliche Empfehlung

Bitte wenden ->

### ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Herzerkrankungen  
Wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe nötig?
- Blutgerinnungsstörungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankung
- Allergien, wenn ja welche?  
\_\_\_\_\_

### Nimmt ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

---

### Leiden Sie an einer Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten?

Wenn ja, welche?

---

---

### Mundgesundheit

Wann wurde ihr Kind das letzte Mal im Kieferbereich geröntgt?

---

- Knirscht oder presst ihr Kind mit den Zähnen?
- Hat ihr Kind Zahnfleischprobleme?
- War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

### Besonderheiten Ihres Kindes

\_\_\_\_\_

Bester Freund

\_\_\_\_\_

Lieblingsfarbe

\_\_\_\_\_

Lieblingstier

\_\_\_\_\_

Lieblingssportart

\_\_\_\_\_

Lieblingsfach in der Schule/Lieblingsbeschäftigung im Kindergarten-Freizeit

Hiermit stimme ich einer medizinisch notwendigen Röntgenuntersuchung

zu  nicht zu

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift