

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen eine optimale medizinische Versorgung während der Behandlung zu gewährleisten, bitten wir um Ihre Unterstützung. Um potenzielle gesundheitliche Gefahren auszuschließen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.

Patient (Kind): Nachname	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
---------------------------------	---------	--------------------------

Versicherter : Nachname	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
--------------------------------	---------	--------------------------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Telefonnummer
--------------------	-------------------	---------------

Sorgerecht:

- ☐ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze
- ☐ Ich bin sorgeberechtigt und handle im Einverständnis mit dem zweiten Sorgeberechtigten
- ☐ Ich bin nicht erziehungsberechtigt

Krankenkasse*/Versicherung	E-Mail
-----------------------------------	---------------

☐ Gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Privat versichert

Stimme der elektronischen Paktientenakte (EPA) zu ☐ ja ☐ nein

Hausarzt	Überwiesen von/empfohlen durch
-----------------	---------------------------------------

Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten? ☐ Ja ☐ Nein

→ Wenn ja: bei welchem Arzt?

Diese können von uns angefordert werden _____

*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenkassenkarte nicht zum Termin vorgelegt wird

Warum kommt ihr Kind heute in unsere Praxis:

- ☐ Routineuntersuchung/Kontrolle
☐ Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung
☐ Akute Beschwerden: Welche und seit wann: _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte beschreiben Sie kurz das Essverhalten Ihres Kindes:

Wird Ihr Kind aktuell noch gestillt? ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind einen Schnuller? ☐ Ja ☐ Nein

Wie werden die Zähne geputzt?

- ☐ von Hand
☐ Elektrisch
☐ mit Hilfe der Eltern
☐ durch die Eltern
☐ Flosser/Zahnseidesticks werden genutzt

Wie wird Fluor gegeben?

- ☐ es erfolgt keine Fluoridgabe
☐ fluoridiertes Speisesalz
☐ Tabletten
☐ fluoridhaltige Zahnpasta

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie folgendes:

- Alle Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien streng vertraulich behandelt. Sie geben Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten.
- Sie verpflichten sich, uns umgehend über jegliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustands zu informieren.
- Nicht wahrgenommene Termine müssen spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden. Andernfalls können Ihnen die dadurch entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Fahrtüchtigkeit nach der Gabe von (Lokal-)Anästhetika und anderen Medikamenten eingeschränkt sein kann.
- Sie haben die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden.

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter