

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patientendaten

Name des Patienten:	
geb. am:	
Anschrift Name der Krankenkasse:	
Geburtsort:	
Anschrift:	

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert?	<b>ja</b> [ ] <b>nein</b> [ ]
Freiwillig versichert?	<b>ja</b> [ ] <b>nein</b> [ ]
Privat zahnärztlich zusatzversichert?	<b>ja</b> [ ] <b>nein</b> [ ]
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?	<b>ja</b> [ ] <b>nein</b> [ ]
Telefon:	
Fax:	
Mobil:	
Telefon Büro:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	

#### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an:	<b>Patienten</b> [ ] <b>Versicherten</b> [ ]
Versicherter:	
geb. am:	
Anschrift:	
Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?	<b>ja</b> [ ] <b>nein</b> [ ]
Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	[ ] <b>telefonisch</b> [ ] <b>schriftlich</b>

**Patient:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Spezielle Anamnese**

Normale Entwicklung des Kindes? **ja** [  ] **nein** [  ]

Anmerkung:

---

Allergien? **ja** [  ] **nein** [  ]

Wenn ja, welche?

---

Allergiepass **ja** [  ] **nein** [  ]

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? **ja** [  ] **nein** [  ]

Wenn ja, bei welche?

---

**Sonstige Erkrankungen**

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? **ja** [  ] **nein** [  ]

Bei wem:

---

Warum:

---

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? **ja** [  ] **nein** [  ]

Wenn ja, welche?

---

Herzerkrankung / Herzfehler **ja** [  ] **nein** [  ]

Diabetes **ja** [  ] **nein** [  ]

ADHS / ADS **ja** [  ] **nein** [  ]

Nierenerkrankung **ja** [  ] **nein** [  ]

Gelbsucht **ja** [  ] **nein** [  ]

Angstzustände **ja** [  ] **nein** [  ]

Lunge / Asthma **ja** [  ] **nein** [  ]

Blutgerinnungsstörung **ja** [  ] **nein** [  ]

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? **ja** [  ] **nein** [  ]

Wenn ja, welche?

---

**Patient:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

### Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß

Obst	ja [ ]	nein [ ]
Fast Food	ja [ ]	nein [ ]
Deftig	ja [ ]	nein [ ]
Isst wenig	ja [ ]	nein [ ]
Isst viel	ja [ ]	nein [ ]
Unkontrolliertes Essen	ja [ ]	nein [ ]
Fruchtsäfte	ja [ ]	nein [ ]
Limonaden	ja [ ]	nein [ ]
Mineralwasser	ja [ ]	nein [ ]
Tee gesüßt	ja [ ]	nein [ ]
Tee ungesüßt	ja [ ]	nein [ ]

### Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Lutschgewohnheiten? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

---

Schnuller	ja [ ]	nein [ ]
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?	ja [ ]	nein [ ]
Handzahnbürste	ja [ ]	nein [ ]
Elektrische Zahnbürste	ja [ ]	nein [ ]
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag		

---

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [ ] nein [ ]  
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

---

**Patient:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

### Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Kariesrisikotest	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Ernährungsberatung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Zusatzleistungen	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Eigene Fragen / Wünsche		

---

### Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Hat Ihr Kind Angst?	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen?	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_