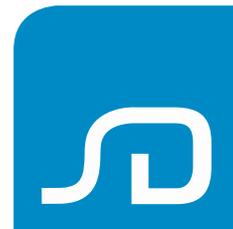


PATIENTENFRAGEBOGEN - KIND



DR. STEFAN
DAUT
ZAHNARZT

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,

um Ihr Kind optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Unser Personal hilft Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Patient

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Beruf (freiwillig)
Kinderarzt	Straße, Nummer	PLZ, Ort

Eltern

Name der Mutter	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Telefon (tagsüber und/oder privat)(freiwillig)	Mobiltelefon (freiwillig)	Beruf (freiwillig)
Name des Vaters	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Telefon (tagsüber und/oder privat)(freiwillig)	Mobiltelefon (freiwillig)	Beruf (freiwillig)

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Über wen ist Ihr Kind versichert?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
Arbeitgeber	Krankenkasse	

Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

Ja Nein

Wenn ja, per Telefon, per SMS unter _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillig)

Dürfen wir Auskunft an Angehörige geben?

Ja Nein

Wenn ja, an wen?

Name, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Fragen an die Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Karies/Zahnfleischbluten/Zahnstein? Ja Nein

Hat Ihr Kind Angst vor Arztbesuchen? Ja Nein

Wenn ja, wovor genau? _____

Angewohnheiten und Auffälligkeiten

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Ja Nein

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? Ja Nein

Was war/ ist in der Flasche? _____ Ja Nein

Hat Ihr Kind genuckelt bzw. nuckelt es noch? Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____ Ja Nein

Wie und wie oft putzt Ihr Kind Zähne? Selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / elektrisch / Handzahnbürste

Bekommt ihr Kind Süßigkeiten? Oft / manchmal / selten

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnfleischprobleme, Blutungen oder Zahnfleischrückgang? Ja Nein

Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja Nein

Falls ja, in welcher Form: Tabletten/Fluoridsalz/Zahnpasta/Fluoridgel/Mineralwasser

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, bei dem Zähne betroffen waren? Ja Nein

Ist Ihr heutiger Besuch der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind? Ja Nein

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie (halb-)jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? Ja Nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Jetzige oder frühere Erkrankungen Ihres Kindes

Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Atemwegserkrankung Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Herzkrankungen Ja Nein

Welche: _____

Hoher Blutdruck? Ja Nein

Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Herzklappenersatz Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Rheumatische Krankheiten Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Neurodermitis Ja Nein

Hörprobleme Ja Nein

Sehchwäche Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum Unterschrift

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Vielen Dank.