



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern  
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch  
Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine  
komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

Anschrift .....  
Straße ..... Nr. ..... Telefonnummer/ Handynummer .....  
.....  
PLZ ..... Ort ..... E-Mail-Adresse .....

Krankenkasse: .....  
 pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert mit/ohne Basistarif (Zutreffendes einkreisen)

Versicherte/r: .....  
Name ..... Vorname ..... geb. .... Beruf .....

Erziehungsberechtigt:  Vater  Mutter  Sonstige Personen: .....

<b>Zahnärztliche Behandlung:</b>	War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Wenn ja, wie empfand Ihr Kind die Behandlung? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ärztliche Behandlung:</b>	Ist Ihr Kind momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kieferorthopädische Behandlung:</b>	War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wie lange? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kinder-/Hausarzt</b>	.....	
Hat der/die Patient/in einen HausZAHNarzt? <input type="checkbox"/> ja. Name:.....  <input type="checkbox"/> nein		
Wünschen Sie die Prophylaxe in unserer Praxis im Rahmen der Kassenrichtlinien („Zahnputzschule“) während der KFO-Behandlung Ihres Kindes?  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein		
Sollten Sie im selben Halbjahr dieselben Prophylaxemaßnahmen bei anderen Kollegen durchführen lassen, sehen wir uns gezwungen, im Falle einer Beanstandung seitens der Krankenkasse, die uns entstandenen Kosten der Prophylaxemaßnahmen Ihnen privat in Rechnung zu stellen.		



<b>Röntgen:</b>	Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamente:</b>	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Allergien:</b>	Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit? ..... Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Vollnarkose:</b>	Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? Wenn ja, wann und wo fand die Narkose statt? Warum? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Hatte oder hat Ihr Kind folgende Erkrankungen?**

Herzerkrankungen:	z.B. Herzmuskelentzündung, angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atemwege:	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates:	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gelenk-Schmerzen (Kiefergelenk?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionen:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	HIV oder AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	momentan: Röteln, Scharlach, Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen:	Leidet Ihr Kind unter Haut- oder Geschlechtskrankheiten? (Zutreffendes einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Psychosen/ADHS (Zutreffendes einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Belüftungsstörung des Mittelohres (akute Mittelohrentzündung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Blutungsneigung:	erhöht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vitamin B-12 Mangel oder Störung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Augenoperation	
Genetische Erkrankungen:	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Internet <input type="checkbox"/> Werbung <input type="checkbox"/>	Freunde/Bekannte <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt <input type="checkbox"/>
	Telefonbuch <input type="checkbox"/>	

**Datenschutz**

Dürfen wir personenbezogene Daten, zahnärztliche Befunde und Röntgenbilder von Ihnen/Ihres Kindes an weiterbehandelnde (Zahn-)Ärzte für notwendige Weiterbehandlungen weitergeben?

ja

nein

**Bitte teilen Sie uns Veränderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes während der mehrjährigen Behandlung unverzüglich mit!**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r