



PATIENTENBOGEN

Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Ihre zahnärztliche Betreuung unterscheidet sich wesentlich von den Behandlungskonzepten für Erwachsene. **BEI UNS SIND SIE MIT IHREM KIND IN GUTEN HÄNDEN!** Um Ihr Kind von Anfang an optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Patientenbogen auszufüllen und die Richtigkeit Ihrer Angaben durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorname / Name des Kindes		Geburtsdatum des Kindes	
Name der Krankenversicherung			
<input type="radio"/> Pflichtversichert	<input type="radio"/> Privatversichert	<input type="radio"/> Beihilfe	
Kind ist versichert bei:	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
<input type="radio"/> Telefonbuch	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Empfehlung durch _____	

ANGABEN DER ELTERN

Vorname / Name (Erziehungsberechtigter 1)		Geburtsdatum	
Straße / PLZ / Wohnort			
Telefon - Privat	Telefon - Mobil	E - Mail	
Vorname / Name (Erziehungsberechtigter 2)		Geburtsdatum	
Straße / PLZ / Wohnort			
Telefon - Privat	Telefon - Mobil	E - Mail	

RISIKOANAMNESE

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche? _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.)? _____

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes etc.)? _____

Blutgerinnungsstörungen? Herzerkrankungen? Epilepsie? Asthma, Atemnot, Bronchitis?

- Allergien? Welche? _____
- Nierenerkrankungen? Tumorerkrankungen, Leukämie?

SPEZIELLE MEDIZINISCHE ANAMNESE

- Leidet Ihr Kind unter Neurodermitis, Schuppenflechte etc.?
 Hat Ihr Kind bereits Antibiotika verordnet bekommen?
 Bekommt Ihr Kind schlecht Luft über die Nase?
 Wie ist der Name Ihres Kinderarztes? _____
- Wurden während der Schwangerschaft Antibiotika genommen?
 Kommt es häufiger zu Mandel- oder Mittelohrentzündungen?
 Schnarcht Ihr Kind?

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
- Aktuelle Beschwerden? _____
- Langfristige Beschwerden? _____
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? _____
- Was ist Ihnen bei der zahnärztlichen Betreuung Ihres Kindes besonders wichtig?

ZAHNPROPHYLAXE

- Putzen Sie regelmäßig nach? Wie häufig? _____ Hat Ihr Kind häufig Mundschleimhautentzündungen (Aphthen etc.)?
- Was trinkt Ihr Kind am häufigsten? _____ Hat Ihr Kind regelmäßig Fluoridtabletten eingenommen?
- Hat Ihr Kind Mundgeruch?

FUNKTION

- Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Benutzt Ihr Kind einen Schnuller?
- Lispelt Ihr Kind? Lutscht Ihr Kind am Daumen

KÜNDIGUNG/NICHTEINHALTUNG VON BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir sind im Interesse eines zeitlich geordneten Behandlungsablaufs darauf angewiesen, dass die mit unseren Patienten vereinbarten, rechtsverbindlichen Behandlungstermine eingehalten werden. Sollten Sie einen Termin absehbar nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns die Terminabsage mindestens 48 Stunden vorher mitzuteilen. Anderenfalls sind wir berechtigt, eine angemessene Ausfallgebühr zu berechnen. Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie unverschuldet am Erscheinen gehindert sind. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung des Behandlungsvertrages wird durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Datum Unterschrift