



Liebe Patientin! Lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie mit Ihrem Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können.

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dres. Nina Ewig & Nadia Mönch

Persönliche Daten Ihres Kindes

Nachname / Vorname

Straße / Nr.

Telefon privat

E-Mail

Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter Vater

Geburtsdatum & Geburtsort

PLZ / Ort

Telefon mobil

Beruf

Sonstige(r) Name

Unser Erinnerungs-Service für Sie

Termin-Erinnerung per → E-Mail Brief

Zahnärztl. Kontrolluntersuchung alle → 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Professionelle Zahnreinigung alle → 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe? → Nein Pflegegrad:

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Nachname / Vorname

Straße / Nr.

Geburtsdatum

PLZ / Ort

Die Rechnung geht an: den Patienten

den Versicherten

Wer ist Ihr Kinderarzt bzw. Hausarzt?

Name

PLZ / Ort

Telefonnummer

Ihr Anliegen liegt uns am Herzen

Besondere Beratungs-Wünsche:

- Routinekontrolle
- Beratung
- „Zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- Professionelle Zahnreinigung
- Angstpatientenbehandlung
- Sonstiges

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet Anzeige Jameda Homepage
- Sonstiges

Persönliche Empfehlung

Überweisender Arzt



Der Gesundheits-Zustand Ihres Kindes

- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher)
Wenn ja, welche:
 - Blutdruck zu hoch zu niedrig
 - Herzklappenersatz
 - Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
 - Blutgerinnungsstörung
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Diabetes (Typ I oder II)
 - Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
 - Nierenfunktionsstörungen
 - Ohnmachtsneigung
 - Infektiöse Erkrankungen (HIV, AIDS, Hepatitis, Tuberkulose)
Wenn ja, welche:
 - Operationen im Mund- / Kiefer- / Gesichtsbereich
Wenn ja, welche:
 - Epilepsie
 - Tumorerkrankungen
 - Magen-Darm-Erkrankungen
 - Allergien / Unverträglichkeiten
Wenn ja, welche:
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein
Ist Ihr Kind an COVID-19 (Corona) erkrankt? Ja Nein

Medikamente

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche:
- Besteht bei Ihrem Kind eine Unverträglichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche:
- Oder besteht eine Unverträglichkeit gegen Spritzen?

Mundgesundheit

- Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal im Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?
- Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?
 - Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?
- Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Was mag Ihr Kind besonders gern?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bester Freund	Liebings-Sportart
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liebings-Farbe	Liebings-Essen
<input type="text"/>	
Liebings-Tier	

Was sollten wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert.
Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Angaben!
Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24. Stunden vorher bei uns abzusagen.