

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Kind: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Versichert mit: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Kontakt: Tel: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Wohnort des Versicherten: PLZ / Ort _____ Str. _____

Arbeitgeber des Versicherten: _____ Tel.: _____

Krankenvers.: Gesetzlich: Pflichtversichert: _____ Freiwillig versichert: _____ Zusatzversicherung: _____

Privat: Basistarif: _____ Beihilfeberechtigt: _____

Name der Kasse: _____

Empfohlen oder überwiesen von: _____

Name und Adresse Ihres Kinderarztes: _____

Medizinische Anamnese

Hat Ihr Kind:	Ja	Nein
1 Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass)		
2 Asthma oder Lungenerkrankungen?		
3 Allergien? Wenn ja, welche:		
4 Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?		
5 Herzfehler, -geräusche oder Herzerkrankung? Welche:		
6 Herzpass seit:		
7 Leber- oder Nierenerkrankung?		
8 Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?		
9 Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?		
10 Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?		
11 Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung?		
12 Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?		
13 Starker Würgereiz?		
14 Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche:		

Allgemeine Fragen

	Ja	Nein
15 War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?		
16 Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?		
17 Was ist der Grund für den heutigen Besuch?	--	--
18 Ist Ihr Kind gestillt worden?		
19 Wenn ja, wie lange?		
20 Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?		
21 Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?		
22 Wenn ja, wie lange?		
23 Was war/ist in der Nuckelflasche?		
24 Isst Ihr Kind viel Süßes?		
25 Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?	--	--
26 Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?		
27 Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein? Wenn ja, lange?		
28 Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt?		
29 Wird ein Fluoridgel verwendet (z.B. Elmex Geleë)? Wenn ja, wie häufig?		

Hinweis:

- Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 14 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zustellen.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift