

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Wir benötigen Ihre Angaben, um Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung mit. Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter!

Nachname des Patienten	Vorname des Patienten	Geburtsdatum
Nachname des Versicherten	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon( privat, Geschäft, Mobil)	E-Mail Adresse	
Kinderarzt (Anschrift + Telefon)	Krankenkasse	
Arbeitgeber des Versicherten (freiwillige Angabe)	Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Empfänger)	

**Altersspezifische Anamnese (2,5 – 6 Jahre)**

	JA	NEIN
Leiden Sie an einer der genannten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allergie _____		
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung _____		
<input type="checkbox"/> Hämophilie Blutgerinnungsstörung		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Epilepsie		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C		
<input type="checkbox"/> HIV		
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein zahnärztliches Untersuchungsheft vorhanden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind mehr als viermal im Jahr für mindestens eine Woche krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente muss oder musste Ihr Kind einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten Probleme auf? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendet Ihr Kind einen Schnuller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind noch eine Saugerflasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind Fluorid-Tabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie zusätzlich fluoridiertes Kochsalz bei der Nahrungszubereitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie, dass wir Ihr Kind bzw. Sie an die halbjährliche/jährliche Kontrolluntersuchung erinnern? per SMS oder per Brief (bitte unterstreichen und evtl. Handynummer oben eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schweigepflichtentbindung** gegenüber der Krankenkasse Ihres Kindes, Zusatzversicherung, überweisenden Ärzten und Zahntechnischen Labor im Rahmen der Behandlung.

Liebe Patienteneltern, da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wir Sie den Termin einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ausnahmen sind Akuterkrankungen. Falls Sie (Ihr(e) Tochter /Sohn) den Termin unentschuldigt versäumt, werden wir Ihnen je angefangene halbe Stunde 50€ in Rechnung stellen.  
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Wen darf man anrufen, bei einem Notfall.

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnr. \_\_\_\_\_

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der Schweigepflicht.