



PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ/Ort	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
Sorgeberechtigte/r: _____ Name, Vorname			
☐ Mutter & Vater	☐ Mutter	☐ Vater	☐ andere: _____
Adresse		Telefon	

VERSICHERUNG UND ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ/Ort	
Hausarzt Kinderarztpraxis		Behandelnder Arzt	

WAS FÜHRT DICH IN UNSERE PRAXIS?

☐ Vorsorgeuntersuchung	☐ Prophylaxe
☐ Schmerzen	☐ Zweitmeinung
☐ Beratung	☐ Sonstiges: _____

WIE WURDEST DU AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ Google	☐ Homepage	☐ Sonstiges: _____
☐ Persönliche Empfehlung	☐ Werbung	
Empfehlung durch _____ Name Vorname		

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein
Herzerkrankungen- fehler?	☐	☐
Herzklappenfehler/-prothesen?	☐	☐
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	☐	☐
Probleme beim Sprechen?	☐	☐
Probleme beim Hören oder Taubheit?	☐	☐
Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung ?	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheumatische Krankheiten	☐	☐
Leber- oder Nierenerkrankungen	☐	☐
Erkrankung der Atemwege / Asthma	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Wenn ja, seit wann?		
Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Unverträglichkeiten?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Sonstige Erkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche?		

Hast du Infektionskrankheiten?	ja	nein
☐ HIV	☐	☐
☐ Hepatitis		
☐ Tuberkulose		
☐ Sonstige: (z.B. Creutzfeld-Jakob (CJK); MRSA Keime)		

Nimmst du regelmäßig Medikamente?	ja	nein
☐ Herzmedikamente		
☐ Blutverdünnende Mittel		
☐ Sonstige:		

Warst du bereits beim Zahnarzt?Wann?	ja	nein
Wo / Praxis?		

Hattest du einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Lutschst du Schnuller oder Daumen?	☐	☐
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wann wurden das letzte Mal <u>zahnärztliche Röntgenaufnahmen</u> gemacht?	
In welcher Zahnarztpraxis?	
Dürfen wir diese Röntgenaufnahmen anfordern?	ja ☐ nein ☐

ZAHNPROPHYLAXE

	ja	nein
Putzt du regelmäßig Zähne?	☐	☐
Wie oft?		
Zähne werden gepflegt mit:		
Handzahnbürste	☐	☐
Elektrische Zahnbürste	☐	☐
Zahnseide	☐	☐
Sonstiges:		
Erfolgt/e regelmäßig der Besuch beim Zahnarzt zur Kinderprophylaxe?	☐	☐
Hast du Fragen oder ein besonderes Anliegen?	☐	☐
Wenn ja, welche/s?		

BEHANDLUNGSWÜNSCHE

Laserbehandlung (Privatleistung)?	☐	☐
Kompositfüllung in Mehrschichttechnik (Privatleistung)?	☐	☐

DATENSCHUTZ

Bist du damit einverstanden, dass wir Dich an regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnern?	☐	☐
Bist du damit einverstanden, dass wir Dich an Termine erinnern?	☐	☐
Wenn ja: ☐ per E-Mail ☐ telefonisch	☐	☐
Bist du damit einverstanden, dass wir zum Zwecke der Verifizierung der Person ein Foto von dir in der digitalen Patientenakte abspeichern.	☐	☐
Bist Du damit einverstanden, dass wir Dir Patientenunterlagen (u.a. Rechnungen) per E-Mail zusenden?	☐	☐

Wir bieten Dir den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Deinem Termin ist die Zeit nur für Dich reserviert. Wir bitten Dich daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens **24 h vorher abzusagen**. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Wir weisen Dich darauf hin, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Bitte bestätigen die Richtigkeit der Gesundheitsangaben mit Deiner Unterschrift.

Ort/Datum

Unterschrift

JÄHRLICHE AKTUALISIERUNGEN (Erfolgt jährlich in der Praxis.)

Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	
Datum ; Unterschrift		Datum ; Unterschrift	