

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Lieber Patient,
Für eine adäquate und risikofreie Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Krankenkasse
oder Versicherung

Postleitzahl _____ Ort _____

Beruf

_____ Tel. geschäftlich _____

FÜR KASSENPATIENTEN

Wir brauchen Ihre Versicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Zahnvorsorgeprogramm informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie an unserem kostenfreien Wiederbestellsystem "Recall" teilzunehmen?

ja nein

BESTELLPRAXIS

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

AUFNAHMEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (0-18 Jahre)

Erziehungsberechtigte: Vater Mutter Sonstige:
Überweisung von: Hausarzt Kinderarzt selbst ausgesucht
 sonstiges

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?: _____

Besteht eine Zahnarztangst?: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wie lief die bisherige Zahnarztbehandlung?: _____

Kinderarzt: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheiten | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Geistige Gehinderung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

- Angeborene oder erworbene Herzfehler
 Herzoperationen?
 Sonstiges: _____

- Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein
 Hat Ihr Kind Allergien? ja nein
 Wenn ja, worauf?
- Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente? ja nein
 Wenn ja, welche?
- Verlief die Schwangerschaft normal? ja nein
 Geburt normal? ja nein
 Wenn nein, warum?
 Gewicht des Kindes bei der Geburt?
- Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt? ja nein
 Wenn ja, in welchem Alter?
- Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? ja nein
- Hatte es schwere Unfälle? ja nein
- War es schon einmal im Krankenhaus? ja nein
- Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein

ANAMNESE DER ELTERN:

Sind bei ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Mutter: _____

Vater: _____

Neigen Sie zu:

Mutter

Vater

Karies: ja nein ja nein

Zahnstein: ja nein ja nein

Zahnfleischbluten: ja nein ja nein

Zahnarztangst: ja nein ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.