



**Liebe kleine Patienten, liebe Eltern –
Herzlich willkommen in unserer Praxis**

Bevor wir uns eingehend über zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung einige Auskünfte. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, können Sie uns gerne fragen.

Woher kennen Sie uns?

Freunde / Bekannte / Verwandte Wer? _____

Internet Überweisung Telefonbuch / Branchenbuch

Kennen Sie unsere Praxisinternetseite unter www.dr-weidhaas-ikili.de ja nein

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie aus der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Persönliches (Patient)

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte: Vater Mutter Sonstige _____

Wenn Sie nicht selber Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Basistarif (1,7 fach)

zusatzversichert vollversichert Anspruch auf Beihilfe

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Besteht eine Zahnarztangst? _____

Wie verliefen eventuelle bisherigen Zahnarztbehandlungen? _____

Wer ist der behandelnde Kinderarzt? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

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

Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze/Narkose bekommen? _____

Trifft eine oder mehrere der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <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/Störung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> Autismus |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | |

**Hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?**Angeborene oder erworbene Herzfehler _____Herzoperationen _____Sonstiges _____**Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?**Hat Ihr Kind Allergien? ja nein Wenn ja, gegen was? _____Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein**Anamnese der Eltern**Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein Wenn ja, welche? _____Blutungsneigung ja nein**Mundhygieneanamnese**Nimmt Ihr Kind Fluoride zu sich? Fluoretten Fluorid-Gel Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte MundspüllösungDie Zähne Ihres Kindes werden geputzt: vom Kind allein mit Hilfe der Eltern (Eltern putzen nach) von den ElternWie oft werden die Zähne geputzt? weniger als 1 mal täglich 1 mal täglich morgens und abends mehr als 2 mal täglichWomit werden die Zähne geputzt? von Hand elektrisch Zahncreme mit Fluorid Zahncreme ohne FluoridBenutzt Ihr Kind noch einen Beruhigungssauger? ja neinTrifft folgendes auf Ihr Kind zu? Daumenlutschen Fingersaugen SchnullerBenutzt Ihr Kind eine Saugerflasche? ja nein**Essgewohnheiten des Kindes:**

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Getränke: Tee Milch Kakao Fruchtsäfte Limonade Sonstiges _____Nahrung: Brot Müsli Marmelade Nutella Käse/Wurst Sonstiges _____Was als Zwischenmahlzeit? belegtes Brot Kuchen Süßigkeiten Chips Obst Sonstiges _____**Hinweise/Unterschrift:**

Liebe Eltern, wir sind eine spezialisierte Kinderzahnpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Für die Behandlung Ihres Kindes nehmen wir uns ausreichend viel Zeit. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Wir weisen daraufhin, dass bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (24 h vorher) ein **Ausfallhonorar in Höhe von 80 €** je angefangene halbe Stunde geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anderweitig vergeben werden kann (nach § 615 BGB). Im Falle des nicht selbstverschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.

Alle Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Wir bitten Sie, uns jegliche Änderung der Adresse, des Versicherungsstatus und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes (z.B. Medikamenteneinnahme) umgehend mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anmeldungs-/ Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe

Ort/Datum

Unterschrift