

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? ja [] nein []

Freiwillig versichert? ja [] nein []

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [] nein []

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Beruf:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja [] nein []
Hat Ihr Kind eine Schwerbehinderung oder einen
Pflegergrad? ja [] nein []
Wenn ja, wieviel Prozent / welchen Grad?

Allergien? ja [] nein []
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche? ja [] nein []

Sonstige Erkrankungen

Schnarchen ja [] nein []
Epilepsie ja [] nein []
Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung (Hausarzt)?
Bei wem? ja [] nein []

Warum?

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []
Diabetes ja [] nein []
ADHS / ADS ja [] nein []
Nierenerkrankung ja [] nein []
Gelbsucht/Lebererkrankung ja [] nein []
Angstzustände ja [] nein []
Lunge / Asthma ja [] nein []
Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung ja [] nein []
Hat Ihr Kind sonstige/infektiöse Erkrankungen?
Wenn ja, welche? ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []
Ohnmachtsanfälle ja [] nein []

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß ja [] nein []
Obst ja [] nein []
Fast Food ja [] nein []

Patient:

Deftig	ja []	nein []
Unkontrolliertes Essen	ja []	nein []
Fruchtsäfte	ja []	nein []
Limonaden	ja []	nein []
Mineralwasser	ja []	nein []
Tee gesüßt	ja []	nein []
Tee ungesüßt	ja []	nein []

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [] nein []
Wenn ja, welche (z.B. Daumen, Schnuller)?

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []
Handzahnbürste ja [] nein []
Elektrische Zahnbürste ja [] nein []
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, bei wem?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [] nein []
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [] nein []
Hat Ihr Kind Angst? ja [] nein []

Wir benötigen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Unsere Patienten erhalten Ihre Rechnung über eine Abrechnungsstelle (BFS). Diese Rechnung wird nach unseren Vorgaben erstellt. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenbank gespeichert und ohne Ihre Erlaubnis an Dritte nicht weitergegeben.

Datum _____ Unterschrift _____