

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.
Schön, dass Sie bei uns sind.

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Um uns optimal um die Behandlung Ihres Kindes kümmern zu können, benötigen wir neben den persönlichen Angaben auch Auskünfte über dessen Gesundheitszustand.
Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und gewissenhaft aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail

Ihre Krankenversicherung (Name)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> zusatzversichert oder
beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Rezeptgebühr befreit |
| <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Pflegegrad
wenn ja, welcher? |
| <input type="checkbox"/> Postbeamtenkrankenkasse | | |

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied/Zahlungspflichtiger:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

- | | | |
|--------------------|---------------------------------|---|
| Das Sorgerecht hat | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht |
| | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht |

Gesundheitszustand

Ihr Kinderarzt / Hausarzt (Name, Anschrift und Telefon)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass seit _____		

Infektionskrankheiten

	ja	nein	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit & seine Varianten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?

Allergien und Unverträglichkeiten

Falls Allergiepass vorhanden bitte an der Anmeldung vorzeigen.

	ja	nein	
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?

Weitere Erkrankungen

	ja	nein	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes oder andere Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebs/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Probleme beim Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme beim Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medikamente

Gibt es regelmäßige Medikamenteneinnahmen oder hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? ja nein

Besteht ein Tetanus-Impfschutz? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

-
- 1. Zahnarztbesuch
 - Zahnschmerzen
 - Vorsorge

Hatte Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Kieferbereich? ja nein

Wird Fluorid-Zahnpasta benutzt? ja nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind pro Tag die Zähne?
Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne pro Tag?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Gerne erinnern wir Sie an die regelmäßigen Kontrolluntersuchung. Wünschen Sie diesen Service? ja nein

Wichtige Information

Bitte beachten Sie, dass eine Injektion (Spritze) zur Schmerzausschaltung Ihre Sicherheit (Verkehrstüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit) im Straßenverkehr beeinträchtigen kann. Daher sollten Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Sie sind Patient/in in einer Bestellpraxis. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, Termine die nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlung abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zweck der Rechnungsstellung ggf. zur Übermittlung von Daten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen und Formulare weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zweckgebunden nach Datenschutzgrundverordnung DSGVO verarbeitet werden. Eine Ausfertigung der „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ kann ich auf Wunsch in der Praxis erhalten und liegt zusätzlich im Wartezimmer aus.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben nach bestem Wissen gewissenhaft beantwortet zu haben. Ich bin mit der Speicherung der persönlichen Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter