

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  gesetzliche Krankenkasse (GKV)  gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung  
 private Krankenkasse (PKV)  PKV/Basistarif  Rechnung doppelt ausstellen

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

### Grund für den Besuch?

- Vorsorgeuntersuchung
- Kariesbehandlung
- empfohlene Kontrolle durch Kindergarten- oder Schuluntersuchung
- Schmerzbehandlung

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?  Nein  Ja, bei wem? \_\_\_\_\_  
Tel. Zahnarzt: \_\_\_\_\_

### Wichtige Fragen für den Erstkontakt mit Ihrem Kind

Hat Ihr Kind (negative) Erfahrungen gemacht?  beim Arzt  beim Zahnarzt  im Krankenhaus  
Welche? : \_\_\_\_\_

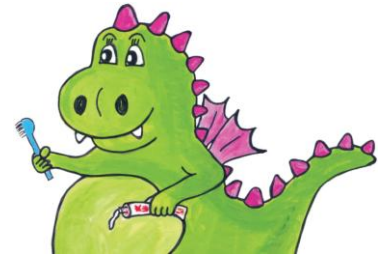
Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt:  Nein  Ja  ein bisschen

Wurden bereits Röntgenbilder bei anderen Zahnärzten erstellt?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_  
Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_  
Tel. Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_  
Tel. Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen an eine Kontrolluntersuchung (Recall) für Ihr Kind erinnert werden?  Nein  Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden  Internet  Bekannte \_\_\_\_\_  
 Sonstiges  Überweiser \_\_\_\_\_



### Medizinische Befunderhebung

Besteht, bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

- Allergien Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma) Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden (Epilepsie) Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Herz-, Kreislaufkrankungen Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen der blutbildenden Organe Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten Nein Ja TBC Immunmangel-Syndrom (AIDS)  
Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
- ADHS Nein Ja, \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen Nein Ja, welche \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind **momentan** Medikamente ein? Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_

### Bitte geben Sie uns ein paar Angaben über die „Welt“ ihres Kindes

Lieblingsbeschäftigung/Hobbies: \_\_\_\_\_ Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_  
 Lieblingstier: \_\_\_\_\_ Lieblingskuscheltier: \_\_\_\_\_  
 Bester Freund: \_\_\_\_\_ Liebingsessen u. -trinken: \_\_\_\_\_  
 Kindergarten/Schule: \_\_\_\_\_ ggf. Tel: \_\_\_\_\_  
 Was sollten wir noch über ihr Kind wissen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zur Dokumentation möchten wir Ihr Kind für die digitale Patientenkartei fotografieren, das Bild wird unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen archiviert. Sind Sie damit einverstanden? Nein Ja

Ich habe alle Fragen gelesen, verstanden und alle Angaben zu meinem Kind sorgfältig und vollständig ausgefüllt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäßen Angaben zu meinem Kind.

Hochheim, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift v. Patient/in, (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)