

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

Patient/in \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

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

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ 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  empfohlene Kontrolle durch Kindergarten- oder Schuluntersuchung  
 Kariesbehandlung  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 \_\_\_\_\_

Bitte wenden ►

## Medizinische Befunderhebung

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

- Allergie (welche)  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Atemwegserkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Herz-, Kreislaferkrankungen  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, welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind **momentan** Medikamente ein?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Ernährungsgewohnheiten

- Isst/trinkt ihr Kind viel  Nein  Ja  Süßes  Obst/Gemüse  
 Wasser  Softdrinks  Milch

## Mundhygiene

- Lässt sich ihr Kind gut die Zähne putzen?  Nein  Ja
- Putzt ihr Kind schon selber die Zähne?  Nein  Ja
- Wie oft werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_
- Wie lange werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_
- mit  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste
- Putzt ihr Kind mit Zahncreme?  Nein  Ja
- Erhielt ihr Kind Fluoridtabletten?  Nein  Ja
- Erhält ihr Kind zusätzlich Fluorid-Gel?  Nein  Ja

## Lassen Sie uns an der „Welt“ Ihres Kindes teilhaben.

- Liebingsbeschäftigung/Hobbies: \_\_\_\_\_ Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_
- Lieblingstier: \_\_\_\_\_ Lieblingkuscheltier: \_\_\_\_\_
- Beste/r Freund/in: \_\_\_\_\_ Lieblingessen 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.

Oberaudorf, den \_\_\_\_\_ Datum

Unterschrift v. Patient/in, (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)