

Gesundheitsbogen für unsere Kleinen

Patient
Kind Name Vorname geb.

Versicherter
Name Vorname geb.

Sorgeberechtigter
Name Vorname geb.

.....
Straße/Wohnort Telefon: Privat/Geschäft/Handy

E-mail Adresse

Krankenkasse

Kinderarzt/Hausarzt/Facharzt.....
Praxis Adresse, Telefon Nr.

Von wem wurden Sie überwiesen?.....
Praxis Adresse, Telefon Nr.

Bitte beantworten Sie nun genau folgende Fragen.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Welches Anliegen hat Ihren Besuch bei uns veranlasst?.....

Mein Kind geht in den Kindergarten / Schule andere

Möchten Sie an die regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden ?

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst speziell beim Zahnarzt?:

.....
Vorerfahrung bei anderen Ärzten:.....

.....
Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch:

Schmerz

Festhalten

Spritze

Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse

Wenn ja, welche?.....

Die Welt Ihres Kindes: Lieblings.....

- Beschäftigung

- Essen

- Tier

- Kuscheltier

- Buch

- Musik

- Schulfach

- Sendung

Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl zu fühlen? (z.B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsländ, Ferienort, Zelt,....?).....

Bitte wenden →

Allgemeine Anamnese des Kindes

Herzfehler	angeborene, erworbene, Herzpass Operation	.....
Stoffwechselerkrankungen	Diabetes	.....
Bluterkrankungen	Hämophilie, Anämie, Leukämie	.....
Erkrankungen des Nervensystems	epileptiforme Anfälle, Spastiken	.....
Allergien	Asthma, Kruppanfälle, Allergiepass	.....
Hauterkrankungen	Neurodermitis, Psoriasis	.....
Infektionskrankheiten	Hepatitis, TBC, Atemwegsinfektion, HIV Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, MRSA	.....
Entwicklungsstand	Geburtsgewicht, Gewicht, geistig/körperlich. Lern-, Hör-, Sehschwäche	.....
Kinderkrankheiten	Röteln (Turner Zahn)	.....
Krankenhausaufenthalte	wann, Grund, Krankenhaus	.....
Unfälle	Traumata Mund / Gesichtsbereich	.....
Medikamenteneinnahme	Wirkstoff, seit wann	.....
Sonstige Erkrankungen	Magen-, Darmerkrankungen, Tumore, ect.	.....

Anamnese der Familie

Bluterkrankungen	Mutter, Vater, Geschwister	.....
Allergien	Mutter, Vater, Geschwister	.....
Infektionskrankheiten	Hepatitis, HIV, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, MRSA	.....
Mundgesundheit	Karies, Zahnstein, Zahnfleischbluten,	.....
Zahnarztphobie	Mutter, Vater, Geschwister, Angehörige	.....
Schwangerschaftsverlauf	Komplikationen, Geburt	.....

Sollten sich die oben gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, dies dem Zahnarzt unaufgefordert mitzuteilen.

Hinweise für den Behandlungsdablauf

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, daß wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen. Wenn Sie den Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns dies 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Andernfalls müssen wir Ihnen nach § 615 BGB diese Zeit in Rechnung stellen.

Für Sozialversicherte

Ihre Versichertenkarte ist Abrechnungsgrundlage für die bei uns durchgeführte Behandlung. Bitte geben Sie diese bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn bei uns ab, da wir die für Ihre Behandlung entstandenen Kosten sonst nicht mit Ihrer Krankenkasse verrechnen können.

Datum:.....

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:.....