

Aufnahmebogen

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns über zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien einige Angaben über den Gesundheitszustand.

Kind <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname,	Spitzname	
Anschrift	Straße/Hausnummer		Geburtsdatum und -ort
	PLZ/Ort	Kinderarzt	
Mitglied/Zahlungspflichtiger <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift	Straße/Hausnummer		E-Mail
	PLZ/Ort	Telefon	Mobil
Beruf, Arbeitgeber			
Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeversichert	<input type="checkbox"/> Privat zusatzversichert Wenn ja welche:	<input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Nicht versichert <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tumore |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hör- und Sehprobleme |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Vitamin B12-Mangel |
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Krankenhausbesuch, regelmäßige Arztbesuche): | |

Fehlen Ihrem Kind Impfungen? Ja, welche _____ Nein

Ist ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____

Nachgewiesene Allergien _____

Bekommt ihr Kind Fluoride? In welcher Form (Zahnpasta, Tablette)? _____

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. Geburt?
 nein ja _____

Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber Zahnärzten?
 positiv neutral ängstlich erster Zahnarztbesuch

Ist ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja, wo: _____ nein

Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja, wo: _____ nein

Betreibt ihr Kind "gefährlichen" Sport (Hockey, Inliner, Rugby, etc)?

ja, welchen _____ nein

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? _____

Besteht Interesse an

individuellen Prophylaxe (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe...)?
 unserem kostenlosen Erinnerungsservice?

Ihr Kind geht in eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

Einblicke in die Welt ihres Kindes:

Lieblingsbuch/-film/-serie	Hobbies
Lieblingsessen	Lieblingsgetränk
Lieblingsfarbe	Lieblingstier
Lieblingskuscheltier	Sonstiges

Ernährungsgewohnheiten

Überwiegend süß Obst gemischt
 Fruchtsaft Limonade Mineralwasser
 Tee gesüßt ungesüßt Honig

Was sollten wir über Ihr Kind wissen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Lage der Praxis Internetsuchmaschine Internetpräsenz
 Auf Empfehlung von

Elternfragen Mutter Vater

Haben Sie Angst vorm Zahnarzt? Ja Nein Neigen Sie zu Zahnstein? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein Neigen Sie zu Karies? Ja Nein

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? Ja Nein

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis an. Das heißt, an Ihrem Termin ist nur für Sie Zeit reserviert. Wir bitten Sie daher rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten.

Sollten sich Änderungen im Laufe der Zeit ergeben, bitten wir Sie diese umgehend zu melden. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Speicherung der Daten willige ich zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter