

KINDERFRAGEBOGEN



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen.

.....
Nachname und Vorname (Patient)

.....
Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Versichert über:

.....
Nachname und Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon privat

.....
Telefon tagsüber

.....
E-Mail

.....
Name der Versicherung/Krankenkasse

.....
Kinderarzt: Name, Adresse, Telefon

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung eine Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

.....
Datum

.....
Erziehungsberechtigter

1. Warum kommt ihr Kind heute zu uns?
Sonstiges:

Routineuntersuchung Schmerzen

2. War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ja Nein

3. Hat ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

Ja Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat es gemacht?

4. Hatte ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Ja Nein

5. Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt?

Ja Nein

Gesundheitsfragen:

1. Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Herzfehler / Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> |
| Lunge / Asthma | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen | |

2. Gibt es sonst noch etwas, das sie uns mitteilen möchten?

.....

3. Ist ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

.....

4. Hat ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten bestimmten Stoffen gegenüber?

.....

5. Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation?

.....

Ernährung ihres Kindes:

1. Was isst und trinkt ihr Kind zum Frühstück?

.....

2. Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

.....

3. Was trinkt ihr Kind am Tag?

.....

4. Was isst und trinkt ihr Kind zum Abendessen?

.....

Mundhygiene ihres Kindes:

1. Die Zähne ihres Kindes werden geputzt

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Vom Kind allein | <input type="checkbox"/> | < 1-mal täglich | <input type="checkbox"/> |
| mit Hilfe der Eltern | <input type="checkbox"/> | 1-mal täglich | <input type="checkbox"/> |
| von den Eltern | <input type="checkbox"/> | > 1-mal täglich | <input type="checkbox"/> |

2. Womit werden die Zähne geputzt?

- | | | | |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Von Hand | <input type="checkbox"/> | Zahncreme mit Fluorid | <input type="checkbox"/> |
| Elektrisch | <input type="checkbox"/> | Zahncreme ohne Fluorid | <input type="checkbox"/> |



Soll Ihr Kind in unser halbjährliches Recallsystem aufgenommen werden? Ja Nein

Wichtige Informationen

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch von MKG Hohenschönhausen mit genutzt werden, so lange es der kollegialen Zusammenarbeit dienlich ist.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger /Erziehungsberechtigter