

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen
Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen
aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf
Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre
Angaben vertraulich behandelt.
Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen.
Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.



Zahnmedizin & Prophylaxe

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Erziehungsberechtigte Vater Mutter Sonstige _____

Kosenamen des Kindes _____

Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Standardtarif (1,7fach)
 Zusatzversichert vollversichert Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden? nein jaWenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnfehlstellungsregulierung
 Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

 Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnarzt-brix.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Hörstörungen
 Spastik Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung Lungenerkrankung
 Tuberkulose Erkrankungen des Blutes Lebererkrankungen / Gelbsucht Immunschwäche (AIDS)
 Nervenerkrankungen Magen-Darm-Erkrankung geistige Verzögerung geistige Behinderung
 Lernbehinderung Rheuma / rheumatisches Fieber

bitte wenden >>

Ihr Zahnarztbesuch

Grund des Zahnarztbesuches? _____

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? nein ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? _____

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch

Schmerz Festhalten Spritze Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse, nämlich _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? nein ja

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich? nein ja

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu ... Vater Mutter

Karies? nein ja nein ja

Zahnstein? nein ja nein ja

Zahnfleischbluten? nein ja nein ja

Zahnarztangst? nein ja nein ja

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja

Wenn ja angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation / en Sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja Wenn ja, welche? _____

Verlief die Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum? _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja

Hatte es schwere Unfälle? nein ja

War es schon einmal im Krankenhaus? nein ja

War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt? nein ja

Wenn ja, wo und weshalb? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem und bitten Sie daher, mit Ihnen vereinbarte Termine, falls erforderlich, bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden von uns mit 250 EUR/Std. in Rechnung gestellt.

Datum _____ Unterschrift _____

Schauen Sie auch auf unserer Internetseite vorbei!

www.zahnarzt-brix.de