

THOMAS BEHRENS

IHR ZAHNARZT

ANMELDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
zwischen 13 bis 17 Jahren

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse der Behandlung Ihrer Kinder sorgfältig aus. Bei eventuellen Fragen helfen wir gern.

Name des Kindes _____ geboren am _____

Name der Mutter _____ Name des Vaters _____

Vorname der Mutter _____ Vorname des Vaters _____

Geburtsdatum Mutter _____ Geburtsdatum Vater _____

Straße _____ PLZ/ Wohnort _____

PLZ/ Wohnort _____ E-Mail Adresse _____

Telefon tagsüber _____ Mobil / Handy _____

über _____ *Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind uns bitte
Hauptversicherter _____ umgehend mitzuteilen

Krankenkasse _____ pflichtversichert freiwillig versichert

Private Zusatzversicherung* Ja Nein Private Versicherung* _____

Name Hausarzt _____ Ort Hausarzt _____

Wichtige Information:

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben. Allerdings bedeutet es auch, dass wir Sie bitten müssen, uns spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gewissenhaft gemacht zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift *Erziehungsberechtigten | Vormund*
bei geteiltem Sorgerecht beide Erziehungsberechtigten

GESUNDHEITSFragen

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung. Vielen Dank!

Wann war der erste Zahnarztbesuch?

Was führt Sie heute zu uns?

Wie gut ist die Erfahrung Ihres Kindes beim Zahnarzt gut mittel schlecht keine

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? > 2 x täglich 2 x täglich 1 x täglich selten

Benutzt Ihr Kind Zahnseide? Ja Nein

Benutzt ihr Kind fluoridhaltige Zahnpasta, Spüllösungen, Gelées, Tabletten?

fluoridhaltige Zahnpasta Spüllösung Gelée z.B. Elmex Gelée® Tabletten z.B. Fluoretten®

wir lehnen Fluoride ab

War / ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung Wenn ja, bei wem?

Ja Nein

Name des Kieferorthopäden _____ Ort des Kieferorthopäden _____

Wurden bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? Wenn ja, bei wem und wann?

Ja Nein

Name des Arztes _____ Wann / Wo _____

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten / Symptome festgestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe / epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> schlechte Blutgerinnung / Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber / Nieren |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen, -fehler, -geräusche |
| <input type="checkbox"/> Erschwerte Atmung, Asthma, Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> sind Nichtanlagen von Zähnen in der Familie bekannt |

Allergien

Körpergewicht und Größe Ihres Kindes Größe _____ Gewicht _____

Sonstiges

Medikamente

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift *Erziehungsberechtigten | Vormund*
bei geteiltem Sorgerecht beiden Erziehungsberechtigten

Hiermit willige ich ein, dass bei meinem Kind nach Rücksprache mit mir, Röntgenbilder angefertigt werden dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift *Erziehungsberechtigten | Vormund*
bei geteiltem Sorgerecht beiden Erziehungsberechtigten