

# Neuaufnahmebogen für Jugendliche

## PATIENT:

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
------	------------	--------------

## VERSICHERTER:

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Tel.
Krankenversicherung	Email	mobil
Arbeitgeber	Telefon dienstlich/tagsüber	

## Herzlich Willkommen auf der „Seasmile“. Wir freuen uns das Sie da sind!

Das Beantworten der folgenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis.  
Wir weisen darauf hin, dass diese Fragen notwendig sind, um Ihnen  
und Ihrem Kind bzw. dir eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.



### 1. Wer sind Ihre/deine behandelnden Ärzte:

Kinderarzt \_\_\_\_\_ Zahnarzt \_\_\_\_\_

### Hat Sie/dich ein Arzt an uns überwiesen? Wenn ja, welcher?

Name: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße/PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

### 2. Hat oder hatte/st Ihr Kind/du die folgenden allgemeinmedizinischen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Blutdruck
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:			

### 3. Nimmt/st Ihr Kind/du regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 4. Neigt/st Ihr Kind/du zu den folgenden allergischen Reaktionen?

Heuschnupfen  Hautausschläge/Ekzeme  Asthma

Medikamente : \_\_\_\_\_

## Neuaufnahmebogen für Jugendliche

5. **Hat/st Ihr Kind/du eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt?** Ja , was genau? \_\_\_\_\_ Nein
6. **Hat/st oder hatte/st Ihr Kind/du folgende Therapien?**  
Ergotherapie  Logopädie  Physiotherapie
7. **Aus welchem Grund sind Sie/bist du heute zu uns gekommen?**  
\_\_\_\_\_
8. **Ist Ihr Kind/Bist du mit seinen/deinen Zähnen zufrieden?** Ja  Nein   
Wenn nein, was soll verändert werden? \_\_\_\_\_
9. **Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?** Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
10. **Hat/st Ihr Kind/du schief stehende Zähne beobachtet?** Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
11. **Ist eine kieferorthopädische Behandlung bereits begonnen worden?** Ja  Nein   
12. Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
13. **Trink/st Ihr Kind/du aus Sportlerflaschen?** Ja  Nein   
Wenn ja, wie oft, wie lange und was ist in der Flasche? \_\_\_\_\_
14. **Wie häufig werden die Zähne geputzt?** \_\_\_\_\_  
mit der Handzahnbürste  mit der elektrischen Zahnbürste
15. **Wie häufig pro Tag werden zuckerhaltige Getränke und Nahrungsmittel konsumiert?** \_\_\_\_\_
16. **Werden regelmäßig Fluoride benutzt?** Ja  Nein   
Wenn ja, in welcher Form? Zahnpasta  Tabletten  Gele  Salz  Mineralwasser
17. **Sollen wir an die halbjährlichen Kontrolltermine erinnern?** Ja  Nein



Bitte wenden →

## Neuaufnahmebogen für Jugendliche

Zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zum Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie auch diese Fragen gewissenhaft aus.

1. **Hat Ihr Kind bzw. hast du Angst vor dem Zahnarzt?** Ja  Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen wurden gemacht?

---

2. **Wann war Ihr Kind bzw. wann warst du das letzte Mal beim Zahnarzt?**

---

3. **Hobbys und Lieblingsbeschäftigungen:**

a. Lieblings-Beschäftigung? \_\_\_\_\_

b. Lieblings-Tier? \_\_\_\_\_

c. Lieblings-Musik? \_\_\_\_\_

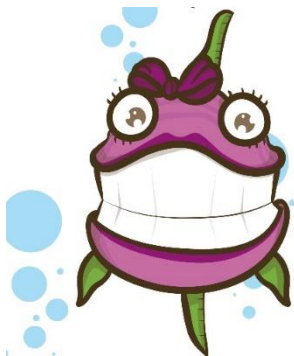
d. Lieblings-Buch? \_\_\_\_\_

### Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Bei Aufnahme eines weiteren Behandlers, dem Ausscheiden eines Behandlers oder bei Veräußerung der Praxis werden wir Ihre Behandlungsdaten an die neuen Behandler oder an den Nachfolger übergeben. Wir werden jedoch im Rahmen eines Einstiegs-, bzw. Übergabevertrages dafür Sorge tragen, dass nur dann auf die Behandlungsdaten zurückgegriffen wird, wenn Sie sich entschließen, bei dem jeweiligen Behandler Patient zu werden. Durch diese begrenzte Schweigepflichtsentbindungserklärung stellen Sie sicher, dass Sie immer eine optimale zahnmedizinische Versorgung erhalten und wichtige Daten dem Behandler Ihrer Wahl jederzeit zur Verfügung stehen.

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem/r Sohn/Tochter zusammen ausgefüllt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, habe alle Sachverhalte zur Kenntnis genommen und bin mit diesen Einverstanden., insbesondere mit der Verarbeitung der Daten.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**



**Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigte(r)/Erziehungsberechtigten