

Neuaufnahmebogen für Kinder

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 eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.



1. Wer sind Ihre behandelnden Ärzte:

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

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

Name: _____

Adresse (Straße/PLZ/Ort): _____

2. Hat oder hatte Ihr Kind 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 Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Neigt Ihr Kind zu den folgenden allergischen Reaktionen?

Heuschnupfen Hautausschläge/Ekzeme Asthma

Medikamente : _____

Neuaufnahmebogen für Kinder

5. **Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt?** Ja , was genau? _____ Nein
6. **Hat oder hatte Ihr Kind folgende Therapien?** Ergotherapie Logopädie Physiotherapie
7. **Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen?**

8. **Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch?**
Ja , wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller etc.): _____ Nein
9. **Wie lange wurde Ihr Kind gestillt, bzw. hat es die Nuckelflasche bekommen?**

10. **Trinkt Ihr Kind noch aus den folgenden Behältern?**
Nuckelflaschen Trinklernbechern Schnabeltassen Sportflaschen
Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____
11. **Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? Womit? Putzt Ihr Kind alleine?**

12. **Wie häufig pro Tag isst und trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Nahrungsmittel?** _____
13. **Bekommt Ihr Kind Fluoride?** Ja Nein
Wenn ja, in welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gele Salz Mineralwasser
14. **Sollen wir Sie an die halbjährlichen Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern?** Ja Nein



Bitte wenden →

Neuaufnahmebogen für Kinder

Liebe Eltern,

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. **Kosename Ihres Kindes?** _____

2. **Geht Ihr Kind in den Kindergarten/Schule?** _____

3. **War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?** Ja Nein

4. **Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?** Ja Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht?

5. **Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt?** Ja Nein

6. Die Welt Ihres Kindes

a. Lieblings-Beschäftigung? _____

b. Lieblings-Tier? _____

c. Lieblings-Kuscheltier? _____

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!

_____ Datum

_____ Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

