

PATIENTENDATEN (KIND)



ZAHNARZTPRAXIS IM RUHRTAL CENTER

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,

um Ihr Kind optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Wir helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Patient / Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Geburtsort
Kinderarzt	Straße, Nr.	PLZ, Ort

Eltern

Name der Mutter	Vorname	Geb.-datum, Ort
Telefon (tagsüber und/oder privat) (freiwillig)	Mobil (freiwillig)	Beruf (freiwillig)
Name des Vaters	Vorname	Geb.-datum, Ort
Telefon (tagsüber und/oder privat) (freiwillig)	Mobil (freiwillig)	Beruf (freiwillig)

Über wen ist Ihr Kind versichert?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Arbeitgeber
---------------	--------------	-------------

Versicherung

Krankenkasse	
gesetzlich versichert	<input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> mit Zusatzversicherung:
privat versichert	<input type="radio"/> vollversichert <input type="radio"/> Basis-Tarif <input type="radio"/> Beihilfe:

Möchten Sie an den nächsten halbjährlichen Vorsorgetermin für Ihr Kind erinnert werden?

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn „Ja“, per <input type="radio"/> SMS an: <input type="radio"/> E-Mail an:
---	---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (freiwillig)

<input type="radio"/> Empfehlung von:	<input type="radio"/> Überweisung durch:
<input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxisschild <input type="radio"/> Sonstiges:	

Gesundheitsfragen auf der Rückseite
Bitte wenden!

GESUNDHEITSFRAGEN ZU IHREM KIND



ZAHNARZTPRAXIS IM RUHRTAL CENTER

Aus dem Leben Ihres Kindes

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?	
Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Was war/ist in der Flasche?	
Hat Ihr Kind genuckelt bzw. nuckelt es noch? Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____ <input type="radio"/> Woche(n) <input type="radio"/> Monat(e) <input type="radio"/> Jahr(e)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie und wie oft putzt Ihr Kind Zähne? <input type="radio"/> Selbst <input type="radio"/> unter Aufsicht <input type="radio"/> Eltern putzen <input type="radio"/> elektrisch <input type="radio"/> per Hand _____ mal <input type="radio"/> pro Tag <input type="radio"/> pro Woche	
Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten/Säfte? <input type="radio"/> mehrmals täglich <input type="radio"/> einmal täglich <input type="radio"/> weniger oft	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind Zahnfleischprobleme, Blutungen oder Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride? Falls ja, in welcher Form: <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Fluoridsalz <input type="radio"/> Zahnpasta <input type="radio"/> Fluoridgel <input type="radio"/> Mineralwasser	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, bei dem Zähne betroffen waren?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist ihr heutiger Besuch der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Jetzige oder frühere Erkrankungen

Magen-/Darmkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Atemwegserkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzkrankungen Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hoher Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Neurodermitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hörprobleme	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sehchwäche	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige Erkrankungen:	

Erklärung und Einverständnis des Erziehungsberechtigten

Ich habe diesen Fragebogen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle oder mir das Sorgerecht zusteht.

Ort, Datum _____ Unterschrift  _____

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie und Ihr Kind reserviert. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Wir bitten Sie daher, Termine im Verhinderungsfall rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir Termine anderen Patientinnen und Patienten anbieten können. Vielen Dank.