

Aufnahmebogen

Kind / Patient männlich weiblich

Vorname Nachname

Geburtsdatum Geburtsort / -land

PLZ / Ort Straße, Nr.

Versicherung über Mutter Vater selbst versichert
 gesetzlich privat (Basis / Standard) Beihilfe Zusatzversicherung

Erziehungsberechtigter beide Mutter Vater Andere

Mutter

Vorname Nachname Geburtsdatum

PLZ / Ort Straße, Nr.

Telefon Mobil E-Mail

Vater

Vorname Nachname Geburtsdatum

PLZ / Ort (falls abweichend) Straße, Nr. (falls abweichend)

Telefon Mobil E-Mail

Allgemeine Anamnese

Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Krankheiten oder Symptome? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/>	Herzpass	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Spastik, veränderter Muskeltonus
<input type="checkbox"/>	Asthma, Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Hörprobleme / Taubheit
<input type="checkbox"/>	Bluterkrankung (z. B. erhöhte Blutungsneigung nach Verletzungen)	<input type="checkbox"/>	Tumore (bösartige Krankheiten)	<input type="checkbox"/>	Sehchwäche / Blindheit
<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen, Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (wie z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.)	<input type="checkbox"/>	Lernschwäche / Sprachprobleme / ADHS
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung / Verzögerung

Hat Ihr Kind Allergien? (Allergiepass) nein ja,

Leidet Ihr Kind unter sonstigen Erkrankungen? nein ja,

Ist Ihr Kind geimpft? nein ja, die Impfungen sind dem Alter entsprechend vollständig / unvollständig

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft? nein ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein oder hat es in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? nein ja,

Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? nein ja,

Name und Anschrift des **Kinderarztes**

Sind alle empfohlenen U-Untersuchungen erfolgt? nein ja

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Wenn ja, warum?

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer zur Geburt)? nein ja, weil

Gab es bei der Schwangerschaft und/oder Geburt Ihres Kindes Schwierigkeiten? nein ja,

Zahnmedizinische Anamnese

Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

Kinderzahncreme Junior/ Erwachsenenzahncreme Fluorellets Speisesalz Sonstige Keine

Wie oft putzt Ihr Kind am Tag die Zähne?

unregelmäßig 1x tgl. 2x tgl. öfter Wie oft helfen Sie Ihrem Kind dabei?

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? nein ja, bei

Sind dort Röntgenbilder vorhanden? nein ja, von (Monat / Jahr)

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? nein ja, seit

Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? nein ja,

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? nein ja,

Betreibt Ihr Kind eine gefährliche Sportart? (z.B. Inliner, Hockey, Rugby)

Nuckelt Ihr Kind? nicht mehr nein ja, am Schnuller / Daumen / Sonstiges

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? nein ja, bei

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja, bei

Ernährungsanamnese

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja, bis

immer noch

Hat ihr Kind aus der Flasche getrunken? nein ja, bis

immer noch

Wenn ja, wann? Inhalt?

Was bekommt Ihr Kind zu trinken?

Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten? nein ja Was hauptsächlich?

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

.....

.....

.....

Was ist Ihnen besonders wichtig?

.....

Wünschen Sie einen festen Behandler? nein nicht, wenn es schneller geht ja, unbedingt

Wünschen Sie eine Terminerinnerung für Behandlungstermine & Prophylaxetermine per SMS? nein ja

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? nein ja

Wie haben Sie von uns erfahren? Flyer Freunde Zahnarzt

(Angabe freiwillig) Internet Geschwister Kinderarzt

Magazine Sonstiges Kieferorthopäde

Liebe Eltern,

wir sind eine Bestellpraxis und unsere Termine sind sehr begehrt. Wir bitten Sie, Termine, die nicht eingehalten werden können, einen Werktag zuvor abzusagen. Ansonsten sind wir dazu berechtigt unseren Ausfall, gemäß § 615 (1) BGB, in Rechnung zu stellen.

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung und dem Recall jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r