



FELGNER
PRAXIS FÜR ZAHNERHALTUNG

kids

HERZLICH WILLKOMMEN

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis. Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Dies ist von großer Bedeutung, um den möglichen Effekt von Allgemeinerkrankungen auf unsere Behandlung auszuschließen. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen haben.

Ihr Praxisteam Dr. Felgner

PATIENT/IN (Ihr Kind)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort

VERSICHERTE/R

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	

ANSCHRIFT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail*

BERUF ELTERN

KRANKENKASSE

<input type="checkbox"/>	Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	EU versichert	<input type="checkbox"/>	Privat versichert
<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>	Basistarif

ÜBERWEISER/ EMPFEHLUNG*

<input type="checkbox"/>	Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/>	Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Internet/ Social Media
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

<input type="checkbox"/>	Erster Zahnarztbesuch	<input type="checkbox"/>	Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Beschwerden
--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------

TEILNAHME KARIESVORSORGE

Im Rahmen der Kariesvorsorge empfehlen wir die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Die Art der Fluoridierung richtet sich dabei nach dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes, sowie der individuellen Fluoridnamnese.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Kariesvorsorge an kostenfreien Fluoridierungsmaßnahmen teilnimmt.

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Datum _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Datum _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

BITTE WENDEN →

GESUNDHEITSDATEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

KINDERARZT (Name / Anschrift / Telefon)

MEDIKAMENTE

Liegt ein Medikamentenpass vor? Ja Nein

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Antibiotika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Latex Ja Nein

Sonstige, wenn ja welche?

Sind alle Impfungen vollständig? Ja Nein

Tetanusschutz? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Herzkrankung / Herzfehler Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Asthma Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Ja Nein

ADHS Ja Nein

Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe Ja Nein

SONSTIGE ERKANKUNGEN? Ja Nein

ZAHNGESUNDHEIT

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund- und Gesichtsbereich? Ja Nein

Wenn ja, wann?

Wurden Ihr Kind schon einmal im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? Ja Nein

Ist/ war Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Ist/war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

Name des Kieferorthopäden

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Nutzt/e Ihr Kind einen Schnuller oder Daumen zum Lutschen? Ja Nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Hat Ihr Kind jemals Fluoridtabletten eingenommen? Ja Nein

Isst Ihr Kind gern Süßigkeiten? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

Mehrmals täglich 1 x täglich selten

ZAHNPFLEGE

Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? Ja Nein

Welche Zahnbürste verwendet Ihr Kind?

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

Wann werden die Zähne geputzt?

morgens mittags abends

Mit welcher Zahnpasta?

Kinderzahncreme (500 ppm Fluorid)

Kinderzahncreme (ohne Fluorid)

Erwachsenenzahncreme (1400 ppm Fluorid)

Fluoridgel z.B. Elmex Gelee

BESONDERE WÜNSCHE IHRES KINDES BEIM ZAHNARZT / WÄHREND DER BEHANDLUNG?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

