



## & Partner

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen

Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte  Vater  Mutter  Sonstige \_\_\_\_\_

### Krankenversicherungsmitglied

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  zusatzversichert

Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden?  ja  nein

### Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

individuelles Prophylaxeprogramm  Zahnfehlstellungsregulierung  
 Kariesrisikobestimmung  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.zahn-oldenburg.de](http://www.zahn-oldenburg.de)?  nein  ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

### Ihr Zahnarztbesuch

Grund des Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  nein  ja

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?  nein  ja

bitte wenden >>

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- Asthma       Zuckerkrankheit       Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)       Hörstörungen  
 Spastik       Schilddrüsenerkrankung       Nierenerkrankung       Lungenerkrankung  
 Tuberkulose       Erkrankungen des Blutes       Lebererkrankungen/ Gelbsucht       Immunschwäche (AIDS)  
 Nervenerkrankungen       Magen-Darm-Erkrankung       geistige Verzögerung       geistige Behinderung  
 Lernbehinderung       Rheuma/ rheumatisches Fieber

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?       nein       ja

Wenn ja  angeborener oder erworbener Herzfehler       Herzoperation/ en       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?       nein       ja

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

Hat Ihr Kind Allergien?       nein       ja

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?       nein       ja

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

Ist Ihr Kind schon einmal im Mund- und Kieferbereich operiert worden?       nein       ja

War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt?       nein       ja

Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung**

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?       nein       ja

Hausarzt / Heilpraktiker \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

