

PATIENTENFRAGEBOGEN

(BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

 Frau Herr

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon (privat/mobil)	Telefon (geschäftlich)	
E-Mail		

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin: gesetzlich versichert privatversichert beihilfeberechtigt Zusatzversichert freiwillig versichert

Basistarif
 nicht Basistarif

Hauszahnarzt oder überweisender Zahnarzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

SIND PATIENT UND ZAHLUNGSPFLICHTIGER NICHT IDENTISCH, BITTE DIE FOLGENDEN ANGABEN ERGÄNZEN:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Beruf	Arbeitgeber

IST EINE BETREUUNG NACH §1896 – 1980I BGB VORHANDEN: Ja Nein

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

TEIL 2

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung-/defekt Ja Nein
Koronare Herzerkrankung Ja Nein
Herz-OP (Datum: _____) Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN:

- Lokalanästhetika Ja Nein
Medikamente Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Andere: _____
Allergiepass Ja Nein

INFEKTIONSERKRANKUNGEN:

- HIV Ja Nein
Hepatitis (A, B, C, D) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere: _____

BLUT:

- Blutarmut Ja Nein
Blutungsneigung Ja Nein

LUNGE:

- Asthma/Chronische Bronchitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein

NERVENSYSTEM:

- Anfallsleiden Ja Nein
Depressionen Ja Nein
Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
Andere: _____

STOFFWECHSEL:

- Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
Nierenerkrankungen Ja Nein

WEITERE:

- Krebserkrankungen Ja Nein
Osteoporose Ja Nein

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE:

Wann ist der erste Milchzahn durchbrochen? _____

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen? Ja Nein

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies? Ja Nein

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, was wurde gemacht? _____

Sind bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Was können wir für Ihr Kind tun? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

ZAHNPFLEGE:

Wie oft am Tag werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

1x 2x 3x

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?

Kind Eltern Andere

Werden die Zahnzwischenräume Ihres Kindes gereinigt?

nie ab und zu täglich

Empfinden Sie das Zähneputzen bei Ihrem Kind als stressig?

Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

TEIL 3

FLUORIDANAMNESE:

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz? Ja Nein

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Bekommt Ihr Kind in anderer Form Fluoride? (Tabletten, Gelee, Spülung) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

ERNÄHRUNG:

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Heute auch noch? Ja Nein

Wie häufig isst Ihr Kind etwas über den Tag verteilt? Selten 2-5x 6-10x über 10x

Wie häufig nascht Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? Selten 2-5x 6-10x über 10x

Wie häufig trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? Selten 2-5x 6-10x über 10x

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am Häufigsten? (z.B. Apfelschorle) _____

Benutzt Ihr Kind eine Saugflasche? (Schnuller- oder Schnabelaufsatz) Ja Nein

Benutzt Ihr Kind eine Fahrradtrinkflasche? Ja Nein

Trinkt Ihr Kind etwas zum einschlafen/nachts? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Ist Ihr Kind häufig über den Tag verteilt Obst? Ja Nein

Ist Ihr Kind vegetarisch/vegan? Ja Nein

IHR KIND – GANZ BESONDERS UND INDIVIDUELL

Wie möchte Ihr Kind genannt werden? _____

Auf was ist Ihr Kind besonders stolz? _____

Was macht Ihr Kind besonders gerne? _____

Lieblingsessen? _____

Lieblingskuscheltier? (gerne mitbringen) _____

Hat Ihr Kind Geschwister? (Name, Alter) _____

TEIL 4

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

Aktuelle Besonderheiten in der häuslichen Situation (z.B. Umzug, Erkrankung oder Behinderung eines Geschwisterkindes):

WICHTIGE INFORMATIONEN:

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

FACEBOOK/INSTAGRAM

Die Oldenburger Zahnwichtel sind auch bei Facebook und Instagram – Um Eindrücke aus unserer Kinderbehandlung zu geben, stellen wir dort auch gerne Fotos von unserem Alltag im Zahnwichtelhaus ein.

Bilder, auf denen die Kinder zu sehen sind, dürfen wir nur mit Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten einstellen (Rechtliche Grundlage § 22 Urheberrechtsgesetz)

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel veröffentlicht werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Bilder zu diesem Zweck bei uns gespeichert werden.
- Nein**, eine Veröffentlichung der Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel möchte ich nicht.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter



DIE OLDENBURGER ZAHNWICHTEL

Dragonerstraße 1
26135 Oldenburg
0441 25 2 25
info@praxis-osternburg.de