



Patienten-Fragebogen für Minderjährige

(bitte vollständig ausfüllen)

Patient / Minderjähriger

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif
 Privat versichert - im Basistarif
 Beihilfeberechtigt

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.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Ja Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall oder eine Operation (z. B. im Mund- / Kieferbereich)?

Ja Nein

Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Kieferorthopäde - Name, Adresse, Telefon

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Sie mit Röntgenaufnahmen einverstanden?

Ja Nein

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen
--------------------	-----------------	--------------------	-----------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
 Herzerkrankung Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Andere _____

Infektionserkrankungen:
 HIV Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 Andere _____

Allergien / Unverträglichkeiten:
 Lokalanästhetika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein
 Antibiotika Ja Nein
 Andere _____

Weitere Erkrankungen:
 Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankungen Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Lebererkrankung Ja Nein
 Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Genetische Erkrankung Ja Nein
 Geistige Erkrankung Ja Nein
 Andere _____

Allgemeine Angaben:
 Regelmäßige Medikamente Ja Nein
 Wenn ja, seit wann / Name _____

 Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein
 Wenn ja, Datum / Körperteile _____
 Schwangerschaft Ja Nein
 Wenn ja, welcher Monat _____

Mundhygiene:
 Wie werden die Zähne geputzt? Vom Kind
 Mit Hilfe der Eltern Von den Eltern
 Wie oft werden die Zähne geputzt?
 < 1x/Tag 1x/Tag >1x/Tag
 Womit werden die Zähne geputzt?
 Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
 Zahncreme mit Fluorid ohne Fluorid
 Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich?
 Fluoridiertes Speisesalz Tabletten
 Sonstiges _____

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/Minderjähriger

 Unterschrift gesetzlicher Vertreter