



Dr. med. dent. Anja Kirchberg
Dr. med. dent. Nora Hendricks
Prager Straße 2, 04103 Leipzig

Herzlich willkommen im Dentalino

Wenn Sie unsere Praxis aufsuchen, benötigen wir von Ihnen verschiedene Angaben und persönliche Daten. Es ist sehr wichtig zu wissen, worauf wir bei Ihrem Kind besonders achten müssen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich dazu verwendet, unsere Behandlungsmaßnahmen dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen. Dieser Fragebogen ist gesetzlich vorgeschrieben. Bei Fragen können Sie sich gern an unser Praxisteam wenden.

Danke, dass Sie sich dafür Zeit nehmen. Bitte deutlich lesbar ausfüllen.

Personalien

Patient / in	Krankenkasse	
..... Name, Vorname Geburtsdatum	
Versicherter.....	Versicherungsstatus	
..... Name, Vorname	<input type="radio"/> gesetzlich versichert	
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater →	<input type="radio"/> gemeinsames Sorgerecht
<input type="radio"/> Betreuer (Vollmacht vorlegen)		<input type="radio"/> alleiniges Sorgerecht
		<input type="radio"/> PflGESTUFE (bitte Nachweis vorlegen)
Adresse		<input type="radio"/> private Zusatzversicherung
..... Straße		
		<input type="radio"/> privat versichert
..... PLZ, Wohnort		<input type="checkbox"/> voll versichert
		<input type="checkbox"/> Beihilfe
..... Telefon (Festnetz / Mobil)		<input type="checkbox"/> Basistarif
		Pflichtangabe gemäß § 257 Abs. 2a SGB V)
..... E-Mail		

Termin- / Bestellsystem

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem mit telefonischer Voranmeldung geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Unwägbarkeiten (Unfallpatienten, Schmerzpatienten, etc.) zu längeren Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir, Sie in solchen Situationen zu informieren. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, bitten wir um frühzeitige Absage.

Anamnesebogen

Krankheiten oder Erkrankungen jeder Art können auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben oder vom Zahnarzt besondere Maßnahmen erfordern. Deswegen bitten wir Sie - in Ihrem Interesse - diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser verbleibt bei dem Krankenblatt, das wir für Sie führen

Dieser Teil ist bei Kindern von 0 – 6 Jahren auszufüllen.

	Ja	Nein	
Verlief die Schwangerschaft normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
War der Geburtstermin normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde Ihr Kind gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wie lange? _____)
Wurde Ihr Kind mit der Flasche ernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wie lange? _____)

Bitte wenden

Fragen zur Zahnpflege

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnpasta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, fluoridhaltig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Juniorzahnpasta	<input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta		

Dieser Teil gilt für ALLE Kinder

Ist Ihr Kind zur Zeit / regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Weshalb wurde oder wird Ihr Kind behandelt? _____

Behandelnder Arzt: _____ Adresse: _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen im Kopfbereich gemacht? Ja Nein
Wenn ja, wann und durch wen? _____

Wann war Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Behandelnder Kieferorthopäde / in _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen?

Erkrankungen:	Ja	Nein	wenn ja, welche:
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzpass ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Bitte vorlegen) _____
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen / Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
			HIV / Aids <input type="checkbox"/>
			Tuberkulose <input type="checkbox"/>
körperliche / geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstige Krankheiten:

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen und versichere, alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen mitzuteilen.

Leipzig, den _____

Unterschrift _____