

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name Vorname geb.

Straße/Hausnummer Geburtsort

Postleitzahl / Ort Telefon

Arbeitgeber Mobil-Tel.-Nr.

Versicherter

Name Vorname geb.

Straße/Hausnummer Telefon

Postleitzahl / Ort Mobil-Tel.-Nr.

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilfeberechtigt Zusatzversichert

privat im BASISTARIF

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? Hausarzt

a) Asthma TBC

Zuckererkrankung Lebererkrankungen

HIV-Infektion Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)

Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)

Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit Allergiepass ja nein

von Medikamenten bzw. Materialien /Penicillin nein wenn ja, welche?

2. Fragen zur Einstellung Ihres Kindes beim Zahnarztbesuch

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? ungefähr

Was wurde behandelt?

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Wenn ja, gab es einen besonderen Grund?

bitte beachten Sie die Rückseite

