

Liebe Eltern,

wir freuen uns, Sie und Ihr Kind in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen vollständig und richtig auszufüllen. Bei Unklarheiten, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank

Ihr Team **LILLIZAHN**



PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDZAHNHEILKUNDE
DR. ELISABETH VON GRAEVENITZ

Patientendaten:

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mutter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vater

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon

Tel. privat _____ Tel. geschäftlich _____

Mobil

Mutter _____ Vater _____

E-Mail

Mutter _____ Vater _____

Beruf

Mutter _____ Vater _____

Wer ist erziehungsberechtigt?

Mutter

Vater

beide

Über wen ist das Kind versichert?

Mutter

Vater

Kind selbst

Gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

Ja

Nein

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Ja

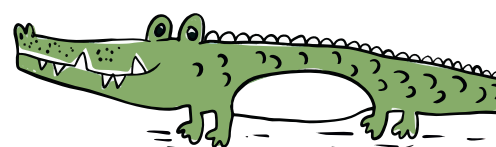
Nein

Krankenkasse

oder Versicherung _____

Name des Kinderarztes und Anschrift?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?



Zahnmedizinische Anamnese:

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wann? _____

Wurde dort geröntgt? Ja Nein

Hat ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

Hat ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

Was ist der Grund für ihren heutigen Besuch?

Allgemeine Anamnese:

Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Ja Nein

Herzpass vorhanden? (seit: _____) Ja Nein

Asthma, Lungenerkrankungen, COPD? Ja Nein

Regelmäßiges Schnarchen mit Tagesmüdigkeit? Ja Nein

Lernschwäche, Sprachprobleme? Ja Nein

Geistige Beeinträchtigung/Entwicklungsverzögerung? Ja Nein

Leber-oder Nierenerkrankung? Ja Nein

Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? Ja Nein

Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? Ja Nein

Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis oder HIV? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes etc.? Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen? (Blutet ihr Kind länger als üblich?) Ja Nein

Hat ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leidet ihr Kind an sonstigen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

War ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt) Ja Nein

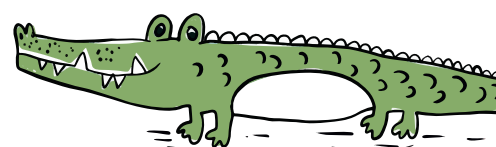
Gab es Komplikationen bei Schwangerschaft/Geburt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Fehlen Impfungen bei ihrem Kind? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatte ihr Kind Covid19 oder besteht eine Impfung? Ja Nein



Spezielle Gewohnheiten:

- Nimmt ihr Kind einen Schnuller? (Wenn ja, wie häufig? _____) Ja Nein
- Lutscht ihr Kind am Daumen/Gegenstand? Ja Nein
- Hat ihr Kind sprachliche Probleme? Ja Nein
- Knirscht oder presst ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
- Waren Sie bereits bei einem Kieferorthopäden oder Logopäden mit ihrem Kind? Ja Nein

Ernährungs-und Putzgewohnheiten:

- Ist ihr Kind gestillt worden? (Wenn ja, wie lange? _____) Ja Nein
- Hat ihr Kind aus der Flasche getrunken? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange? Immer noch Zum Einschlafen morgens
- Was trinkt ihr Kind aus der Flasche? _____
- Was trinkt ihr Kind hauptsächlich? _____
- Wie oft am Tag isst ihr Kind Süßes? _____
- Wie viele Zwischenmahlzeiten nimmt ihr Kind am Tag zu sich? _____
- Wie oft putzt ihr Kind am Tag die Zähne? _____
- Putzt ihr Kind alleine die Zähne? Ja Nein
- Geben Sie ihrem Kind Fluoridpräparate? Ja Nein
- Wenn ja, welche? Fluoridtabletten fluoridiertes Speisesalz fluoridierte Zahnpasta

Anamnese der Eltern:

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Eventuell
- Neigen Sie zu (Mutter) Zahnstein Karies Zahnfleischbluten
- Neigen Sie zu (Vater) Zahnstein Karies Zahnfleischbluten

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind:

Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten bzw. die Daten meines Kindes für die kinderzahnärztliche Praxis Lillizahn Dr. Elisabeth v. Graevenitz zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

