



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben, die wir in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Dein Name <input type="text"/>	Dein Vorname <input type="text"/>	Dein Geburtsdatum <input type="text"/>
Straße <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>

versichert über: Vater Mutter

Name des Versicherten <input type="text"/>	Vorname des Versicherten <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	
Telefon privat <input type="text"/>	Telefon mobil <input type="text"/>	Telefon geschäftlich <input type="text"/>	E-Mail-Adresse <input type="text"/>
Krankenkasse <input type="text"/>	Beruf <input type="text"/>	Arbeitgeber <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

Wer hat Dich an uns überwiesen/ empfohlen bzw. wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

Bei welchem Hausarzt/Kinderarzt bist Du in Behandlung?

Hast Du schwere Erkrankungen durchgemacht oder hast Du sie noch (z.B. Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Nieren, etc.)?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?

Neigst Du zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Nesselfieber, Hautausschläge Asthma)?

Bist Du mit Deinen Zähnen zufrieden?

ja / nein

Wenn nein, was möchtest Du verändert haben?

Aus welchem Grund bist Du heute zu uns gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen etc.)

Hast Du bei Dir schief stehende Zähne beobachtet? ja / nein

Bist Du bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? ja / nein

Trinkst Du regelmäßig aus Sportflaschen (Sigg-Flaschen oder ähnliches)? ja / nein

Wenn ja, wie oft, wie lange und was?

Treibst Du verletzungsgefährdende Sportarten z.B. Inliner, Hockey, Kampfsport? Welche? ja / nein

Wie häufig putzt Du Dir die Zähne? Womit?

Bekommst Du regelmäßig Fluoride? In welcher Form? ja / nein

Zahnpasta Tabletten Gele Salz

Möchtest Du, dass wir Dich an Deine Kontrolltermine erinnern? ja / nein

• per SMS : (Gib bitte Deine Handynummer an!) ja / nein

Zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung haben wir noch einige Fragen zu Deinen Beschäftigungen und Hobbies. Bitte fülle uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

Hast Du Angst vor dem Zahnarzt? ja / nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hast Du dort gemacht?

Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt?

Deine Hobbies und Lieblingsbeschäftigungen

Liebings-Beschäftigung

Liebings-Buch

Liebingsmusik

Liebings-Popstar oder Schauspieler

Liebingsaufenthaltsort

Hobby(s)

Teile uns bitte mit, falls sich Dein Gesundheitszustand verändert!

Termine, die Du nicht einhalten kannst, wirst Du spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Sohn / meiner Tochter zusammen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift