

# Aufnahmebogen für Kinder

Liebe Kinder, liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Euch in unserer Praxis in Balve begrüßen zu dürfen. Es ist uns eine Herzensangelegenheit, dass sich Kinder bei uns geborgen und gut aufgehoben fühlen. Unser gemeinsames Ziel sind gesunde Zähne, ein Leben lang, ohne Furcht vor Zahnarztbesuchen.

Um dies zu ermöglichen und um jeden Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, bitten wir Euch, die nachfolgenden Fragen gemeinsam sorgfältig zu lesen und gewissenhaft auszufüllen. Gerne besprechen wir offene Fragen gleich noch einmal ausführlich mit Euch. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Angaben des Kindes

m  w

Familienname / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Hobbys	Lieblingsspielzeug	Lieblingofilm(e)

## Persönliche Angaben des Versicherungsnehmers / Elternteil

m  w

Familienname / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

## Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert  Beihilfeberechtigt  Privat versichert  Zusatzversicherung  Kostenerstattung

## Euer Besuch bei uns

Was ist der Grund Eures Besuches?

- Erster Besuch beim Zahnarzt
- Kontrolluntersuchung
- Beratung
- Zahnschmerzen
- Zweite Meinung
- Andere Gründe

Wie wurdet Ihr auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Überweisender Arzt
- Internet  Homepage  Anzeige
- Lage der Praxis  Sonstiges

Möchtet Ihr über die folgenden Behandlungsmöglichkeiten beraten werden?

- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne
- Zusatzleistungen
- Kieferorthopädische Behandlung
- Ernährungsfragen
- Eigene Fragen / Wünsche
- Sonstiges

## Persönlicher Gesundheitscheck

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- ADHS / ADS
- Angstzustände
- Herzerkrankungen / Herzfehler  
Wenn ja, welche:
- Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs  
Wenn ja, welche:
- Marcumar / ASS oder andere Blutverdünner
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma)
- Gelbsucht
- Nierenerkrankung
- Epilepsie
- Allergien  
Wenn ja, welche:
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?
- Sonstige schwere Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Name & Anschrift des Haus-/Kinderarztes?

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, bei wem und warum?

Wurden in den vergangenen 6 Monaten Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfes angefertigt?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)? \_\_\_\_\_

Schnuller  ja  nein

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?  ja  nein

Handzahnbürste  Elektr. Zahnbürste

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? \_\_\_\_\_

Aktuelle kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

## Ernährung/Essgewohnheiten

- Oft süß
- Obst
- Unkontrolliertes Essen
- Deftig
- Fast Food
- Isst wenig
- Isst viel
- Fruchtsäfte
- Limonaden
- Mineralwasser
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt

Lieblingssessen Ihres Kindes?

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

## Ihr seid uns wichtig

Was sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

Mein Kind hat ...  Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen  eine starke Schmerzempfindlichkeit  einen starken Würgereiz

Wie möchten Sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?  per Brief  per E-Mail

## Aufklärung

Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Die Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bieten Euch den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Eurem Termin ist die Zeit nur für Euch reserviert. Wir bitten Euch daher, Termine die Ihr nicht einhalten könnt rechtzeitig, **jedoch mindestens 24 Stunden vorher**, abzusagen, da Euch ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Zudem benötigen wir Eure Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns **14 Tage nach der Behandlung** nicht vor, müssen wir Euch als Privatpatient betrachten und Ihr erhaltet ebenfalls eine Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten