



Zahnarztpraxis Felicitas Linke
Am Walkgraben 29, 09119 Chemnitz
Telefon 0371/302286

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Personalien Ihres Kindes auch Auskünfte über mögliche Erkrankungen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname (Kind): _____

Geb.-datum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsort: _____

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? _____

Familienversichert über? _____

Telefonnummer Elternteil : _____

Kinderarzt: _____

Weitere mitbehandelte Ärzte: _____
(z.B. Logopäde / Osteopath)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin / der Patient noch nicht das 18te Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der /des Erziehungsberechtigten notwendig.

Name, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift

Gesundheitsfragebogen

	Ja	Nein
Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung Bei welchem Arzt ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an Allergien ? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe) ? Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle ? Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen) Leidet es an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC) Andere Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer- Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene
Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu
zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

	Ja	Nein
Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe- Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.