

**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**  
**Zahnärztin**  
Dürener Str. 344; 50935 Köln  
Tel: 0221-431363 E-Mail: info@praxis-schradin.de

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Für Patienten mit einer privaten Krankenversicherung erfolgt die Berechnung zahnärztlicher Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung. Für die Erstattung durch die Beihilfestelle sind jedoch die entsprechenden Beihilfebestimmungen maßgebend. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass aufgrund dieser Bestimmungen keine vollständige Kostenübernahme gewährleistet ist.

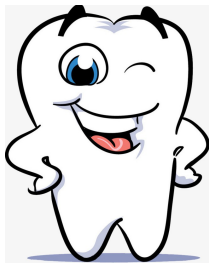
### Daten des Hauptversicherten:

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**

**Zahnärztin**

Dürener Str. 344; 50935 Köln

Tel: 0221-431363 E-Mail: info@praxis-schradin.de

### Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja  nein

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Allergien? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja  nein

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

Warum? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / ja  nein

des Gehörs?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herzerkrankung / Herzfehler ja  nein

Diabetes ja  nein

ADHS / ADS ja  nein

Nierenerkrankung ja  nein

Gelbsucht ja  nein

Angstzustände ja  nein

Lunge / Asthma ja  nein

Blutgerinnungsstörung ja  nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Ernährung / Essgewohnheiten

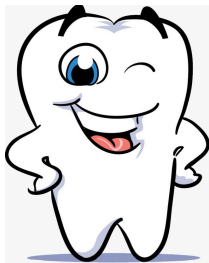
Überwiegend süß ja  nein

Obst ja  nein

Fast Food ja  nein

Deftig ja  nein

Isst wenig ja  nein



**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**

**Zahnärztin**

Dürener Str. 344; 50935 Köln

Tel: 0221-431363 E-Mail: info@praxis-schradin.de

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Isst viel              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Unkontrolliertes Essen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fruchtsäfte / Schorle  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Limonaden              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wasser                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tee gesüßt             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tee ungesüßt           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten (z.B. Daumen)? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja  nein

Handzahnbürste ja  nein

Elektrische Zahnbürste ja  nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein

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

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja  nein

Sollen wir bei etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

\_\_\_\_\_

### Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne ja  nein

Ernährungsberatung ja  nein

Eigene Fragen / Wünsche ja  nein

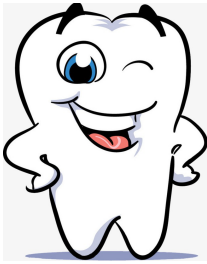
### Grund des Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt? ja  nein

Hat Ihr Kind Angst? ja  nein

Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige ja  nein

Vorsorgeuntersuchungen erinnern?



**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**

**Zahnärztin**

Dürener Str. 344; 50935 Köln

Tel: 0221-431363 E-Mail: [info@praxis-schradin.de](mailto:info@praxis-schradin.de)

Wir benötigen die Gesundheitskarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis.

Liegt Sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Ebenfalls bitten wir Sie Termine, die nicht eingehalten werden können, 24h vorher abzusagen, da ansonsten die durch Ihr Fehlbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_