



KIND

Name, Vorname

geboren am

MUTTER

Name, Vorname

geboren am

Beruf

VATER

Name, Vorname

geboren am

Beruf

TELEFON

Festnetz

mobil

geschäftlich

E-MAIL

WOHNORT(DES VERSICHERTEN)

PLZ/Ort

Straße/Hausnummer

DAS KIND IST MITVERSICHERT BEI

MUTTER

VATER

NAME DER KRANKENKASSE - DER MUTTER

Krankenkasse

Versicherungsnummer

NAME DER KRANKENKASSE - DES VATERS

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Mit der Fotodokumentation für Praxisinterne und Fortbildungszwecke erkläre ich mich einverstanden.
Termine, die ich nicht rechtzeitig (bis 24 Std. vorher) absage, werden mir privat in Rechnung gestellt.

BESONDERHEITEN, DIE SIE GERNE NENNEN MÖCHTEN:

(z.B. wichtiges Kuscheltier mit dem Namen xxx, Aktuelles z.B. Schulart, Kindergarten, Sportvorlieben,...)

.....

.....

NAME IHRES KINDERARZTES

! Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus - danke.

VOM PATIENTEN / ELTERN AUSZUFÜLLEN



Allgemeine Anamnese

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl.) Behandlung?

- Ja, wegen
Arzt/Ärztin
- Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein
- Wenn ja, welche?

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler Ja Nein
- Herzpass Ja Nein
- Herzgeräusche Ja Nein
- Sonstiges:

Nervensystem:

- Epileptiforme Anfälle Ja Nein
- Krämpfe Ja Nein
- Neurologische Störungen Ja Nein

Blutkrankheiten:

- Hämophilie (Bluter) Ja Nein
- Anämie (Blutarmut) Ja Nein
- Sonstiges:

Allergien:

- Asthma Ja Nein
- Allergie Ja Nein
- reagiert allergisch auf
- Latex Ja Nein
- Allergiepass Ja Nein

Infektionskrankheiten

- (z.B. Hepatitis, HIV,
Tuberkulose, etc.) Ja Nein
- Wenn ja, folgende:
- Chron. Atemwegserkrankung Ja Nein

Erster Zahnarztbesuch mit Jahren

Heutiger Anlass:

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

- gut mittel schlecht

Habits:

- Daumen Ja Nein
- Finger Ja Nein
- Schnuller Ja Nein

Habits Flasche/Brust:

- Stillen Ja Nein
- Flasche Ja Nein

Inhalt:

Hauptsächliches Getränk:

KFO-Behandlung (Zahnspange):

- Mutter Ja Nein
- Vater Ja Nein
- KFO geplant (Kind) Ja Nein

Mundhygiene:

- Zähneputzen < 1 mal täglich
- 1-2 mal täglich
- 3 mal täglich

INDIVIDUELLE FLOURID-ANAMNESE

(von der Prophylaxehelferin zu erheben)

- Flouridierte Kinderzahnpaste Ja Nein
- Flouridsupplement Tabletten Ja (___mg) Nein

Unterschrift - bitte in das Feld tippen!

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: Vöcklabruck, 07.03.2024

Datenschutz: Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.

Hinweis: Wir möchten Sie darauf hinweisen dass Termine für die Mundhygiene rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) telefonisch oder per Mail abgesagt werden müssen. Ansonsten wird der volle Betrag in Rechnung gestellt.