

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Pat.Nr: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, unten stehende Fragen und Angaben dienen der Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes. Wir bitten Sie, diese sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung entsprechend dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal durchzuführen.

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname  geb. am

Name der Mutter  geb. am

Name des Vater  geb. am

Anschrift des Kindes  Tel. privat

Krankenkasse  Tel. mobil

Als Familienangehöriger mitversichert bei:  Mutter  Vater

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  pflichtversichert  freiwillig  mit Zahnzusatzversicherung

Beruf (des Versicherten)

Name und Anschrift des Kinderarztes

Kindergartenkind:  N  J

Schulkind:  N  J

Sonstige Fremdbetreuung:  N  J

Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?

  

Gibt es besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

  

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift   X   \_\_\_\_\_

**bitte wenden->**

## GESUNDHEITSFRAGEN

Herzfehler	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Herzrythmusstörungen Herzschwäche	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Hat Ihr Kind einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Ohnmachtsanfälle Sonstiges	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

## BLUTERKRANKUNGEN

Hämophile (Bluter)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Krämpfe	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

(Zuckerkrankheit) Diabetes Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Lebererkrankungen Magen/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis A oder B	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?  N  J  
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  N  J  
Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?  N  J  
Ja, wegen

Arzt/ Ärztin

## ALLERGIEN

Asthma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Penicilin	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Latex	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Milchsäure	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige Medikamente/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Andere Stoffe Frühere Krankenhausaufenthalte  N  J  
Wenn ja, wann und weshalb?

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Erster Zahnarztbesuch mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Zahnarzerfahrung des Kindes:

keine Zahnarzerfahrung schlechte Erfahrung  N  J  
gute Erfahrung  N  J

Mund-Kiefer-OPs / Unfälle?  N  J  
Frontzahraum  N  J  
Operationen im MundKiefer-  N  J  
Gesichtsbereich Wann?  
Warum?

Folgen:

Kieferorthopädische Behandlung  N  J  
Mutter  N  J  
Vater  N  J  
Geschwister  N  J  
Patient  N  J  
KFO geplant?  N  J

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift  X  \_\_\_\_\_