

Praxis für Zahnheilkunde, Implantologie und Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Georg Lemke
Master of Science – Kieferorthopädie
Dr. med. dent. Stefanie Falckenberg
Zahnärztin
praxis@zahngesundheit-hoesbach.de

Rathausstr. 2
63768 Hösbach
Tel: (06021) 550016
Fax: (06021) 550017
www.zahngesundheit-hoesbach.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []

Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert [] **schriftlich** [] **per E-Mail** werden?

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Patient: _____

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja [] nein []

Anmerkung:

Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergiepass ja [] nein []

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Bei wem?

Warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [] nein []

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 []

Patient: _____

Ernährung / Essgewohnheiten

Deftig	ja []	nein []
Isst wenig	ja []	nein []
Isst viel	ja []	nein []
Unkontrolliertes Essen	ja []	nein []
Fruchtsäfte	ja []	nein []
Limonaden	ja []	nein []
Mineralwasser	ja []	nein []
Tee gesüßt	ja []	nein []
Tee ungesüßt	ja []	nein []

Zahnmedizinische Anamnese

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

Schnuller	ja []	nein []
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 etwas bei der Behandlung
Ihres Kindes beachten?

Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe	ja []	nein []
Ernährungsberatung	ja []	nein []
Zusatzleistungen	ja []	nein []
Eigene Fragen / Wünsche		

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt	ja []	nein []
Hat Ihr Kind Angst?	ja []	nein []
Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnern?	ja []	nein []

Datum _____ Unterschrift _____