



Gesundheitsfragen:

Liebe Eltern!

Die zahnärztliche Betreuung unserer kleinen Patienten ist eine Aufgabe, die uns sehr am Herzen liegt. Gerade bei Kindern kann durch Individualprophylaxe und Aufklärung das Entstehen von Zahnkrankheiten vermieden werden.

Die Angaben des Gesundheitsbogens unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung so risikoarm wie möglich durchzuführen. Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das zahnärztliche Personal.

Name, Vorname: _____

Geburtsort: _____ geb. am _____

Telefon: _____

Mobil : _____

(für unseren SMS - Erinnerungsservice)

Vor- & Nachname Erziehungsberechtigter: _____

Welche allgemeinen oder auch anderen Erkrankungen/Behinderungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

keine

Erkrankungen _____

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?

nein

ja _____

Name des behandelnden Arztes/Kinderarztes: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja _____

Gibt es Nebenwirkungen oder allergische Reaktionen auf bestimmte Medikamente oder Materialien?

nein

ja _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? (Bitte legen Sie uns, falls zutreffend, den Pass zur Kopie vor)

Herzpass Blutpass

Ist es der erste Zahnarztbesuch?

ja nein

Wenn nicht, wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?

Gut Schwierig

Sind in Ihrer Familie Zahnfehlstellungen bekannt?

ja nein

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?

Lippen-/Wangensaugen Daumen lutschen Schnuller (wie oft? _____)

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

nein Ja, Name des Behandlers: _____

Hat Ihr Kind Angst vor der Behandlung?

ja nein

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt?

ja nein

Bitte wenden



DR. GÄNGLER

Zahnmedizin für die ganze Familie

Wovon ist die Angst, wenn zutreffend, bei Ihrem Kind am größten?

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Praxisgerüche | <input type="checkbox"/> helles Licht | <input type="checkbox"/> Geräusche | <input type="checkbox"/> Munddusche/Wasser |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl | <input type="checkbox"/> Berührung | <input type="checkbox"/> Absaugung | <input type="checkbox"/> Spritze |
| <input type="checkbox"/> liegende Position | <input type="checkbox"/> Instrumente/Bohrer | <input type="checkbox"/> Luftbläser | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> anderes: _____ | | | |

Gab es unangenehme Vorerfahrungen bei Zahnarztbesuchen oder auch anderen Arztbesuchen?

Gibt es Umstände im Leben Ihres Kindes, über die wir Bescheid wissen sollten?

Mundhygiene und Ernährung:

Wann und wie oft werden Zähne geputzt?

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> vor den Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> nach den Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends | |

Womit werden die Zähne geputzt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste | <input type="checkbox"/> Kinderzahnpaste |
| <input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpaste | <input type="checkbox"/> fluoridfreie Zahnpaste | |

Verwenden Sie 1x wöchentlich Elmex Gelee?

- ja nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen?

- bis jetzt bis zum 7. Lebensjahr nein

Mundhygiene und Ernährung:

Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt? _____ bis jetzt

Bis zu welchem Alter trank/trinkt Ihr Kind aus einer Nuckelflasche?

- bis jetzt _____

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?

- Eltern Kind selber beide

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und die Beantwortung der Fragen!

Hiermit bestätige ich, dass dieser Gesundheitsfragebogen, im Interesse meines Kindes, von mir sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet wurde. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, werde ich diese umgehend vor der zahnärztlichen Behandlung mitteilen. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung meines Kindes, dessen Behandlungsdaten an mit behandelnde Ärzte (Hausarzt) und Zahnärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mit behandelnden Ärzten und Zahnärzten eingeholt werden dürfen.

Allgemeine Geschäftsbedingungen unserer Praxis

Rechnungen

Unsere Rechnungen sind bis auf vorher besprochene Ausnahmefälle am Tag der Behandlung bar oder mit EC-Karte zu begleichen.

Aufklärung über Ausfallhonorar bei Nichtwahrnehmung von Behandlungsterminen

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem mit Terminvorgabe im Voraus.

Dadurch ergeben sich nur geringe Wartezeiten für unsere Patienten. Die vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie freigehalten.

Sie werden daher gebeten, den Termin unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Nichterscheinen oder kurzfristigen Absagen ohne gültigen Krankenschein kann eine Ausfallgebühr von 60,00 Euro je 30min geltend gemacht werden. (s. Urteil 29.01.2010 AG Dresden).

Dresden, den _____

Unterschrift _____