



PRAXIS AM BERG

Zahn und Gesundheit

Schön, dass Du hier bist!

Hallo kleine Patientin / kleiner Patient, Du weißt doch bestimmt wie es ist, wenn man sich etwas wünscht. Egal ob es ein großer oder kleiner Wunsch ist: Da gibt es etwas, dass man unbedingt haben möchte. Uns geht es genau so: Wir wünschen uns, dass es Dir gut geht. So richtig gut. Während Deinem Aufenthalt in unserer Praxis – vor allem aber auch danach. Damit das klappt, brauchen wir ein bisschen Deine Hilfe. Bitte fülle diesen Bogen aus, damit wir Dich besser kennenlernen können. Die Antworten helfen uns dabei, die richtige Behandlung für Dich auszusuchen und dafür zu sorgen, dass Deine Heilung gut funktioniert. Alles was Du uns hier berichtest, bleibt unter uns und wird nicht weiter erzählt. Versprochen! Beim Ausfüllen hilft dir gerne deine erwachsene Begleitung oder jemand vom Praxispersonal – die kennen sich gut aus. Vielen Dank für Deine Mithilfe – und wir sehen uns dann gleich im Behandlungszimmer.

Persönliches (Kind, Jugendliche/-r)

Name, Vorname	Geburtsort, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon Mobil
Kinderarzt, Ort	Kindergarten/Schule, Ort
Termin-Erinnerung per <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> eMail <input type="checkbox"/> Telefon	

Versicherung (Versicherungsnehmer)

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Basistarif ☐ Beihilfeberechtigt

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Wie bist Du auf uns gekommen?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Anzeige z. B. in Essl. Zwiebel, Essl. Zeitung, Echo, im Sportverein, im DIALOG der WJ Esslingen, etc.	<input type="checkbox"/> Internet z. B. Google-Suche, facebook, Werbebanner, Webseite, Bewertungsportal (z. B. jameda.de)
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	wo: _____	wo: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
<hr/>		
<hr/>		
Sonstige Erkrankungen:		
<hr/>		
<hr/>		

	ja	nein
Allergien, Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
<hr/>		
<hr/>		
Nimmst Du Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Wann wurdest Du		
zuletzt zahnärztlich		
geröntgt?		
vor _____ Monaten		
Für unsere größeren „Kinder“:		
Bist Du schwanger?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
_____ Woche		

Zahn-Mund-Gesundheitssituation

Warum bist Du heute hier?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Wackelzahn
<input type="checkbox"/> Prophylaxe, Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Überweisung Arzt	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<hr/>

Ist das Dein erster Besuch beim Zahnarzt?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bist Du in kieferorthopädischer Behandlung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hast Du noch Fragen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

An die Eltern: Hinweise, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

- Erscheinen Sie möglichst 15 Min. vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich einzufühlen.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie: Schmerz, Spritze, tapfer, es tut nicht weh, ist nicht so schlimm, Du brauchst keine Angst zu haben, etc.

Vielen Dank!

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, d. h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. (Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.) Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Mit Unterzeichnung des Anamnesebogens stimmen Sie der Speicherung Ihrer Daten in unserer Praxis nach Bestimmungen des Datenschutzes zu. Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Esslingen, den

Datum Unterschrift

Der Anamnesebogen ist weiterhin aktuell – ohne Änderungen:

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift