**UNDHEITSFRAGEBOGEN**

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Gerne möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie und Ihr Kind da sein. Bitte überprüfen Sie die untenstehenden Angaben und ergänzen Sie diese bei Bedarf. Vorerkrankungen und die Einnahme von Medikamenten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. **Wenn Sie und Ihr Kind an einem vereinbarten Termin verhindert sind, bitten wir Sie telefonisch, persönlich oder per E-Mail 48 Stunden vor dem Termin abzusagen.**

**Persönliche Angaben Ihres Kindes**  **Mitglied/Versicherter (wenn abweichend)**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse/private Krankenversicherung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zahnzusatzversicherung O

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.**

**Allgemeine Situation Ihres Kindes**

Schilddrüsenerkrankung O Krebserkrankung O

Asthma O genetische Erkrankung O

Herz-/Kreislauferkrankung O **Zahn-Mund-Situation Ihres Kindes**

Blutgerinnungsstörung O Kiefergelenksprobleme O

Epilepsie O Zahnfleischbluten O

Allergien/Unverträglichkeiten O Mundgeruch O

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kieferorthopädische Behandlung O

HIV O Angewohnheiten (z.B. Daumen- O

Hepatitis A O B O C O lutschen, Schnuller, Knirschen)

Diabetes O Zahnärztliche Röntgenbilder vorh.? O

Magen-/Darm-/Nierenerkrankung O (Alter d. Röntgenbilder: \_\_\_\_\_\_ Monate/Jahre)

Sonstige Angaben

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***BITTE BEACHTEN SIE FOLGENDE DINGE FÜR EINE ERFOLGREICHE BEHANDLUNG***

*1. Kommen Sie 15 Min. vor dem Behandlungstermin, sodass ihr Kind Zeit hat sich zu gewöhnen.*

*2. Versuchen Sie sich im Behandlungszimmer zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung zu ermöglichen.*

*3. Vermeiden Sie Angstbegriffe, wie z. B.: "Schmerz", "Spritze", "tapfer", "es tut nicht weh", "du brauchst keine Angst haben".*

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO, BDSG) und der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift Eltern