



Prophylaxepraxis Dr. Elisabeth Cerny



Kinder-Gesundheitsfragebogen

Für unsere kleinsten und kleinen Patienten.

Liebe Eltern, herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bitte lesen Sie sich diesen Gesundheitsfragebogen genau durch und beantworten Sie die Fragen zur Gesundheit ihres Kindes wahrheitsgemäß, damit wir ihrem Kind eine individuelle und risikofreie Behandlung ermöglichen können. Sollte sich etwas ändern bitte informieren Sie uns bei Ihrem nächsten Besuch.

Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden mit höchster Diskretion behandelt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Welches Anliegen führt Sie mit ihrem Kind in unsere Ordination?

Kind:

Nachname: Vorname:

Versicherungsnummer: Geburtsdatum:

Adresse (PLZ/Ort/Straße):

Versichert bei:

Nachname: Vorname:

SV-Nummer: Geburtsdatum:

Adresse (PLZ/Ort/Straße):

Telefonnummer: E-Mail:

Wir haben einen Kassenvertrag mit allen Kassen. Private Leistungen, welche mit Aufzahlungen verbunden sind, werden immer direkt nach der Behandlung abgerechnet.

Damit wir ihr Kind vom ersten Besuch an einfühlsam und professionell begleiten können, brauchen wir Ihre Angaben zu den folgenden Fragen:

1. Ist ihr Kind heute das erste Mal in einer Zahnarztpraxis? Ja Nein
2. Hat ihr Kind in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit einem Zahnarzt/Ärztin gemacht? Ja Nein
Wenn ja was wurde gemacht?.....
3. Haben sie das Gefühl, dass Ihr Kind unter Zahnarztangst leidet? Ja Nein
4. Hat ihr Kind momentan Zahnschmerzen? Ja Nein

Fragen zum Allgemeinbefinden Ihres Kindes:

5. Nimmt ihr Kind momentan Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?
6. Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche?
7. Leidet ihr Kind an Herz-Kreislauf Erkrankungen, Knochenerkrankungen oder sonstigen Erkrankungen? Ja Nein
8. Neigt ihr Kind zu häufigem Nasenbluten, zu Blutergüssen oder bestehen Gerinnungsstörungen? Ja Nein
9. Gab es in der Vergangenheit Komplikationen nach zahnärztlichen Behandlungen? Ja Nein

Bei **versäumten Terminen** bzw. nicht **mind. 24std vorher** abgesagten Terminen, haben wir keine Gelegenheit, die bereits fest reservierten Zeiten erneut zu vergeben. Daher bitten wir sie ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können rechtzeitig - mind. 24std vorab - abzusagen. Leider sind wir andernfalls gezwungen Ihnen die ausgefallen Behandlungszeiten in Rechnung zu stellen.

Datum:

Unterschrift: