

Gemeinschaftspraxis
Dr. A. Barabassy, Dr. J. Schmitz, Msc. und Y. Reinartz

Zahnärzte
50226 Frechen Hubert-Protz-Str. 150

Gesundheitsfragebogen für Kinder

Sehr geehrte(r) Herr/Frau,

für eine an den Gesundheitszustand ihres Kindes optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Anschrift

Straße _____
PLZ _____ Ort: _____
Tel. _____

Name, Vorname des Mitgliedes, Geb.-Datum

Adresse des Mitgliedes

Krankenkasse

Erziehungsberechtigter

Vater Mutter Sonstige: _____
Anschrift _____
Tel. _____

Kinderarzt

bisheriger Zahnarzt

Kennzeichnung der (ja) (nein) Fragen im Gesundheitsfragebogen

Bitte Kennzeichnen Sie immer die gültige Antwort (z.B. durch ein X).

- (ja) (nein) Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?
 (nein) **ja** mein Kind hatte schon einmal Zahnschmerzen!
(ja) **nein**, mein Kind hatte noch nie Zahnschmerzen!

Zahnärztliche Fragen

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

- (ja) (nein) Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?
(ja) (nein) Besteht eine Zahnarztangst?
(ja) (nein) Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?
(ja) (nein) örtliche Betäubung falls notwendig?
(ja) (nein) Möchten Sie, dass Ihr Kind an den nächsten Vorsorgetermin erinnert wird?

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- (ja) (nein) Asthma
(ja) (nein) Zuckerkrankheit
(ja) (nein) Leidet Ihr Kind unter einem Anfallsleiden?
 Wenn ja, unter welchem?.....
(ja) (nein) Hörstörung
(ja) (nein) Spastik
(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung
(ja) (nein) Nierenerkrankung
(ja) (nein) Lungenerkrankung
(ja) (nein) Erkrankung des Blutes
(ja) (nein) Tuberkulose
(ja) (nein) Lebererkrankung/Gelbsucht
(ja) (nein) Rheuma/rheumatisches Fieber
(ja) (nein) Nervenerkrankungen
(ja) (nein) Magen-Darm-Erkrankung
(ja) (nein) Immunschwäche (AIDS)
(ja) (nein) Geistige Verzögerung
(ja) (nein) Geistige Behinderung

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens

- (ja) (nein) Angeborene oder erworbene Herzfehler?
(ja) (nein) Herzoperationen?
(ja) (nein) Sonstiges:

Bestehen sonstige Erkrankungen?

- (ja) (nein) Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?
 Wenn ja, welche?.....
(ja) (nein) Hat Ihr Kind Allergien?
 Wenn ja, worauf?.....
(ja) (nein) Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?
 Wenn ja, welche?.....
(ja) (nein) Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten
(ja) (nein) Hatte es schwere Unfälle?
(ja) (nein) War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Ernährung

(ja) (nein) Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

Was isst Ihr Kind hauptsächlich?

Was isst Ihr Kind als Pausenbrot?

Zahnpflege

Wer putzt die Zähne des Kindes?

Wann werden die Zähne geputzt?

Womit werden die Zähne gereinigt?

(ja) (nein) Zahnpasta mit Fluorid?
(ja) (nein) Nimmt Ihr Kind Fluoretten?
(ja) (nein) Hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt?

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Wichtige Informationen

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Um dies gewährleisten zu können, sind wir darauf angewiesen, dass wir rechtzeitig erfahren, falls Sie wider Erwarten am vereinbarten Termin verhindert sein sollten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, am besten **24 Stunden** vorher, abzusagen. Unser Zeitmanagement kann durch unvorhergesehene Ereignisse (z.B. Schmerzpatienten) kurzfristig gestört werden. Die dadurch entstehenden Verzögerungen bei den regulären Terminen bitten wir zu entschuldigen.

Für Kassenpatienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch nach 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient. Sie erhalten dann eine Rechnung der geleisteten Arbeiten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) .

Abrechnung

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Bei umfangreichen Zahnsanierungen mit grösseren Eigenanteilen, bitten wir um Abschlagszahlungen zu Behandlungsbeginn. Falls Sie Teilzahlungen wünschen, so informieren Sie sich bitte an der Rezeption vor Beginn der Behandlung. Alle Beträge können Sie direkt mit Ihrer EC-Karte oder bar an der Rezeption bezahlen.

Schlußbemerkung

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit.

Frechen, den Unterschrift