

# ANMELDEFRAGEBOGEN

für Kinder/Teenager von circa 13 bis 18 Jahren



Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir bestmöglich auf die Behandlung vorbereitet sind, bitten wir Sie, diesen Bogen gemeinsam auszufüllen. Auf diese Weise kann für alle Beteiligten **ein gutes Gefühl** entstehen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

(Pat.-Nr. \_\_\_\_\_.)

## Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Name, Vorname eines Elternteiles / des Versicherten Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist

Name Ihres Haus- oder Kinderarztes

## Allgemeine Fragen

	ja	nein
Gab es in Ihren Familien Zahnfehlstellungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machen Sie sich Sorgen um die Zahnstellung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde Ihr Kind bereits im Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, wann? _____	
Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, seit wann? _____	

Bitte weiter auf der Rückseite

## Allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundhygiene

	ja	nein		ja	nein
Wann werden die Zähne geputzt? morgens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gleich nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abends	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gleich nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommt es manchmal zu Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wird mit den Zähnen geknirscht oder gerieben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist es evtl. auch nachts zu hören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist Ihr Kind bereits ernsthaft erkrankt gewesen? Bitte informieren Sie uns:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?  ja  nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist eine Terminerinnerung von Ihnen gewünscht? ja  nein   
wenn ja, per: E-Mail  Telefon

bei Erinnerung per Telefon bitte die aktuelle Tel.-Nr. angeben: \_\_\_\_\_

bei Erinnerung per E-Mail bitte die aktuelle E-Mail Adresse angeben: \_\_\_\_\_

Haben Sie ein besonderes Anliegen an uns?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir bieten in unserer Praxis mit geschultem Personal kind- und jugendgerechte Zahnreinigungstermine an, die sogenannte **Individualprophylaxe**. 2 x jährlich übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen diese besondere Pflege mit Unterweisung und spezieller Reinigung. Machen Sie dafür einen Termin mit uns aus.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung der o.g. personenengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Praxisintern - zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_