



## → Patienten Aufnahmebogen

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische oder  
zahnärztliche Leistungen?

Ja

Nein

Kinderärztin/Kinderarzt

Adresse Kinderärztin/Kinderarzt

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin

Adresse Kieferorthopäde / Kieferorthopädin

Logopäde / Logopädin

Adresse Logopäde / Logopädin

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen

Adresse Ärzte / Ärztinnen

### **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leidet Ihr Kind an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?             | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind eine Latexallergie (Luftballons, Gummihandschuhe)?           | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?             | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind eine Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?               | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?                 | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Andere Erkrankungen?  |                          |                            |

---

1. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern  Kind  Eltern und Kind

2. Waren Sie mit Ihrem Kind bereits beim Zahnarzt?

Wenn ja, wann/warum?

Ja  Nein

---

4. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

---

5. Hat ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

6. Benutzt Ihr Kind Daumen oder Schnuller zum Lutschen?

7. Besteht bei Eltern/Geschwistern eine Zahnfehlstellung oder Zahnunterzahl?

Wenn ja, bitte angeben

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

---

8. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

---



---



---



---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten