



Willkommen in der Praxis Dr. Ulrike Uhlemann

Persönliche Angaben:

Kind 1:

Name Vorname Geburtsdatum

Kind 2:

Name Vorname Geburtsdatum

Mutter:

Name Vorname Geburtsdatum

Vater:

Name Vorname Geburtsdatum

Wohnort des Versicherten:

PLZ / Ort Straße / Hausnr.

Telefon:

Privat geschäftlich mobil E-Mail

Das Kind ist mitversichert bei:

Vater Mutter

Name der Krankenkasse:

privat Basistarif pflichtversichert privat Zusatzversichert

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, müssen 24 Std. vorher abgesagt werden. Andernfalls stellen wir Ihnen diese nach Zeitaufwand in Rechnung.

Schweigepflichtentbindung: Ich stimme einem behandlungsrelevanten Austausch zw. Zahnärztin u. behandelnden Ärzten/Therapeuten zu. Röntgenbilder dürfen nach Rücksprache angefordert werden (Verweis auf Art.13 der DSGVO)

Beihilfeberechtigte müssen die Differenz zwischen Erstattung und dem Rechnungsbetrag selbst bezahlen. Beihilfe ist nur Unterstützung, keine Vollkasko. Es gibt keine Begründung, die sämtliche Anforderungen der Beihilfe erfüllt.

Weitere Angaben:

Recall: wünschen Sie regelmäßige Erinnerung an Termine per SMS am Vortag/ und alle 6 Monate

ja nein

empfohlen/überwiesen durch:

Zahnarzt Freunde
 Kinderarzt Internet

Name, Telefonnummer Ihres Kinderarztes:

.....
.....

Gräfelfing, den

Unterschrift:

Allg. Anamnese

Ist das Kind z.Zt. in **ärztlicher** (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Ja wegen..... **Nein**

Arzt/Ärztin _____

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja **Nein**

welche.....

Herz/Kreislauf: **Ja** **Nein**
Herzfehler
Herzgeräusche
Sonstiges.....
Herzpass

Stoffwechsel: **Ja** **Nein**
Diabetes
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion
Sonstiges.....

Nervensystem: **Ja** **Nein**
Epileptische Anfälle
Krämpfe
Neurol. Störungen.....

Blutkrankheiten: **Ja** **Nein**
Hämophilie (Bluter)
Anämie (Blutarmut)
Sonstiges.....

Nein
 (nicht bekannt)

Allergien: **Ja** **Nein**
Asthma
Allergie
Reagiert allergisch auf.... (nicht bekannt)
Latex
Allergiepass

Infektionskrankheiten: auch der Eltern
(das sind z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.)

Ja **Nein**
Wenn ja, folgende:.....
Chronische Atemwegserkrankungen

Krankenhausaufenthalte: **Ja** **Nein**
Tonsillektomie (Mandeln)
Wenn ja, am (Monat/Jahr)/.....

Sonstige was?..... wann?

Krankenhaus:.....

Sonstige Erkrankungen Syndrom, etc.:
.....

Besonderheiten:
.....

Gräfelting, den.....

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Dieser Teil wird mit Zahnarzt ausgefüllt

Letzter Zahnarztbesuch vor..... Jahren

Heutiges Motiv: _____

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

gut
 mittel
 schlecht

Mund-/ Kiefer OP's, Unfälle?

FZT MKG-OP o.B.

Wann?: _____

Zähne/Strukturen: _____

Flasche / Brust:

Stillen ja nein Dauer: _____

Flasche ja nein Dauer: _____
 Nachts Tags

Inhalt: _____

„Nuckler“ ja nein Dauer: _____

Habits:

Schnuller ja nein Dauer: _____

Daumen ja nein Dauer: _____

Mundatmung ja nein weiß nicht:

Knirscher ja nein weiß nicht:

Ernährung

Frühstück:

süß herzhaft Zähneputzen:
 davor danach

Trinkgewohnheiten:

Wasser Säfte verdünnt Tee Milch
Sonstiges: _____

Mundhygiene

Zähneputzen 1 mal täglich HZB
 2 mal täglich EZB
Motiviert 3 mal täglich
Ja Nein Eltern putzen nach

Zahnseide ja nein Häufigkeit: _____

Individuelle Fluorid-Anamnese

(vom Praxispersonal zu erheben)

Ja **Nein**
Fluoridiertes Speisesalz
Fluoridierte Zahnpasta