

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Angaben zum Erziehungsberechtigten / Zahlungspflichtigen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenversicherung & behandelnde Ärzte

privat ☐ gesetzlich ☐ versichert bei: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Behandelnder Kinderarzt: _____

Hinweis zur Praxisorganisation

Wir führen eine Bestellpraxis, damit jeder Termin ausschließlich für Ihr Kind reserviert werden kann. Bitte sagen Sie Termine mindestens **48 Stunden** im Voraus ab. Gemäß § 615 BGB sind Sie bei unentschuldigtem Fernbleiben dennoch zur Zahlung des vereinbarten Honorars verpflichtet, da kein Ersatztermin vergeben werden konnte.

Wir behandeln unsere Patienten in einem Zimmer mit mehreren Behandlungsstühlen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage; eine Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO liegt zur Mitnahme bereit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie außerdem, bereit und in der Lage zu sein, den während der Behandlung anfallenden **Eigenanteil** zu tragen.

Trier, den _____

Bitte wenden > > >

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r) _____

Frühkindliche Entwicklung

Weißt Du von Problemen bei Deiner Geburt? ☐ ja ☐ nein
Wie lange wurdest Du gestillt? _____
Wie lange hast Du den Schnuller benutzt? _____
Wie lange hast Du gelutscht? _____

Allgemeine Gesundheit

Welche Kinderkrankheiten hast Du gehabt?
Masern ☐ Röteln ☐ Mumps ☐ Scharlach ☐ Diphtherie ☐ Sonstiges: _____
Wie oft bist Du erkältet? ca. 2× im Jahr _____ öfter? _____
Hast Du öfter Mittelohrentzündungen? ☐ ja ☐ nein
Liegt eine Nasenscheidewandverbiegung vor? ☐ ja ☐ nein
Wurdest Du schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein
Wann? _____ Körperteil? _____
Hast Du eine allgemeinmedizinische Erkrankung?
(z. B. Gerinnungsstörung, Diabetes, Infektionskrankheit) ☐ ja ☐ nein
Nimmst Du regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
Leidest Du an Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
Wie groß bist Du? _____ Wie schwer bist Du? _____

Kieferorthopädische Fragen

Hast Du Geschwister? (Name und Geburtsdatum) _____
Waren Deine Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Warst Du schon einmal bei einem Kieferorthopäden?
Zur Beratung? ☐ ja ☐ nein Zur Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Hattest Du einen Unfall mit einer Verletzung im Kieferbereich? ☐ ja ☐ nein
Spielst Du ein Blasinstrument? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welches? _____
Zur Wachstumsbeurteilung bei Mädchen: Zeitpunkt der ersten Menstruation? _____

Warum kommst Du in unsere Praxis?

Empfehlung durch den Zahnarzt ☐ Empfehlung durch Bekannte ☐ Internet ☐

Danke! (Bitte Zutreffendes bei Ja / Nein ankreuzen)