

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []
Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja [] nein []

Anmerkung:

Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergiepass ja [] nein []

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Bei wem?

Warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

ADHS / ADS ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Gelbsucht ja [] nein []

Angstzustände ja [] nein []

Lunge / Asthma ja [] nein []

Blutgerinnungsstörung ja [] nein []

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß ja [] nein []

Fruchtsäfte ja [] nein []

Limonaden ja [] nein []

Mineralwasser ja [] nein []

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

Patient: _____

Tee gesüßt ja [] nein []

Tee ungesüßt ja [] nein []

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [] nein []

Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

Schnuller ja [] nein []

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []

Handzahnbürste ja [] nein []

Elektrische Zahnbürste ja [] nein []

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []

Wenn ja, bei wem?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [] nein []

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe ja [] nein []

Eigene Fragen / Wünsche

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [] nein []

Hat Ihr Kind Angst? ja [] nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____