



Liebe Piraten und Pirateneitern,

als Euer Kinderzahnarzt in Hamburg heißen Euch die Zahnpiraten herzlich willkommen an Bord und freuen sich darauf, Euch auf eine spannende Reise auf unser Piratenschiff zu entführen. Damit wir uns im Vorfeld auf die kleinen Piraten vorbereiten können, möchten wir Sie bitten ein paar Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

PIRATEN-CHECKLISTE

Vor- und Nachname des Piraten

Geburtsdatum / -ort des Piraten

Adresse des Piraten

Erziehungsberechtigte/r Mutter Vater Sonstige

Vor- und Nachname der Mutter

Adresse der Mutter

Geburtsdatum / -ort der Mutter Beruf

Telefon (privat, mobil, Arbeit) E-Mail

Vor- und Nachname des Vaters

Adresse des Vaters

Geburtsdatum / -ort des Vaters Beruf

Telefon (privat, mobil, Arbeit) E-Mail

Wie ist Ihr Kind versichert? privat gesetzlich zusätzlich über eine Zahnzusatzversicherung

Über wen ist Ihr Kind versichert? Mutter Vater

Name der Krankenversicherung:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Geschwister Kindergarten Freunde & Bekannte Zeitung

Plakatwerbung Flyer Website Infoscreen in der U-Bahn

Jameda Google Sonstiges

Zahnarzt / Kieferorthopäde Kinderarzt

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

| | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Nutzt Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht es am Daumen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leidet Ihr Kind aktuell unter Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat sich Ihr Kind in der Vergangenheit am bzw. im Mund oder im Gesicht durch einen Unfall verletzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann und wo? | <input type="text"/> | |
| Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? | <input type="text"/> | |

Bitte wenden

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Probleme beim Hören oder Taubheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Probleme beim Lernen oder Sprechen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Probleme beim Sehen oder Blindheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutkrankheiten oder Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bösartige Krankheiten oder Tumore | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Leber- oder Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Creutzfeldt-Jakob/Varianten, Krankenhauskeime) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma, erschwerte Atmung oder Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzkrankungen, Herzfehler oder Herzgeräusche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Krankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzpass seit: <input type="text"/> | | | Wenn ja, welche? <input type="text"/> | | |
| Reagiert Ihr Kind allergisch? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, worauf? <input type="text"/> | | | Wenn ja, welche? <input type="text"/> | | |
| Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frühgeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Kind geimpft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind die Kinderimpfungen vollständig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Name des Kinderarztes: <input type="text"/> | | | | | |

ERNÄHRUNG

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie Ihr Kind gestillt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ist Ihr Kind Süßigkeiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wie lange? <input type="text"/> | | | Wenn ja, wie häufig? <input type="text"/> | | |
| Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, bis zu welchem Alter? <input type="text"/> | | |
| <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends | | | Was war/ist in der Flasche? <input type="text"/> | | |
| Was benutzt Ihr Kind? | | | | | |
| <input type="radio"/> fluoridhaltige Zahnpasta <input type="radio"/> fluoridhaltiges Speisesalz <input type="radio"/> Fluoridtabletten <input type="radio"/> D-Fluorid <input type="radio"/> keine Fluoride | | | | | |
| Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> öfter <input type="radio"/> seltener | | |
| <input type="radio"/> 1-mal täglich <input type="radio"/> 2-mal täglich | | | | | |

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR SIE

| | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. zu Aktionen übersenden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, auf welchem Wege? <input type="radio"/> per Post <input type="radio"/> per E-Mail | | |

Gerne nehmen wir Sie in unser Recallsystem auf und schicken Ihnen eine kostenlose Erinnerungs-SMS.

Bitte informieren Sie unser Praxisteam, sollte dies nicht gewünscht sein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Datum / Ort Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wir danken Ihnen für Ihre Bearbeitungszeit!
Ihr Team der Zahnpiraten