

Patientenfragebogen für Minderjährige

Zahnärztin Claudia Albrecht | Wasserstraße 1 | 38875 Elbingerode | Tel. 039454 - 42647

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Patient/Minderjähriger _____ Gesetzl. Vertreter/Zahlungspflichtiger _____

Kinder-/Hausarzt _____ Kieferorthopäde _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Gesundheitszustand des Kindes

Hat oder hatte ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankungen ja nein Rheuma / Rheum. Fieber ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein Immunschwäche (z.B. HIV) ja nein

Herzklappenfehler ja nein Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein

Diabetes ja nein Tumorerkrankung ja nein

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche Allergien? _____

Regelmäßige Medikamente ja nein

Wenn ja, welche Medikamente? _____

Hatte Ihr Kind eine frühere Röntgenuntersuchung im Kieferbereich? ja nein

Sonstige Erkrankungen/Infektionen z. B. MRSA Keim, Tuberkulose ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Hinweise für die Praxis

Hiermit bestätige ich, dass ich alle o.g. Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Ort, Datum _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Zahlungspflichtiger _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Kostenhinweis

Bei einer Behandlung Ihres Kindes können unter Umständen Kosten anfallen, die Sie als Erziehungsberechtigte/r tragen müssen. Dazu informieren wir Sie im Vorfeld einer anstehenden Behandlung.

Sind Sie damit einverstanden, ...

... dass wir Sie zwecks Terminabsprache, Terminerinnerung und Terminrecall bzgl. Ihres Kindes telefonisch oder per E-Mail kontaktieren dürfen? ja nein

Tel.: _____ E-Mail: _____

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Std. vorher zu ändern.

Ort, Datum _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Zahlungspflichtiger _____



Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Datum:

Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem der aktuellen Corona-Virus-Risikogebiete?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Wurde bei Ihnen ein Test gemacht, bei dem das Ergebnis noch offen ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis.