

## 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  ja  nein  
bzgl. Ihres Kindes telefonisch oder per E-Mail kontaktieren dürfen?

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: <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome</b> ? | 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.