

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen und begrüßen Sie herzlich in der
Zahnarztpraxis Dr. (Univ. Padua) Krupa.

Um eine optimale und umfassende Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir Sie folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten. Diese Informationen sind für die Behandlung erforderlich, um eventuelle Risikofaktoren auszuschließen.

Eventuelle Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen!

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Für gesetzlich Versicherte: besteht eine private Zusatzversicherung

Für Privatversicherte: Privat versichert – nicht im Basistarif

Privat versichert – im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Folgende Angaben betreffen den Patienten:

Hatte/hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma ja nein

Allergien (Allergiepass) ja nein

Unverträglichkeit von Medikamenten, wenn ja welche?

Liegt ein Allergiepass vor?

Blutdruck niedrig normal hoch

Herzinfarkt ja nein

Schlaganfall ja nein

Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher? ja nein

Wurde bei Ihrem Kind ein Endokarditisrisiko (Herzmuskelentzündung) festgestellt? ja nein

Gelbsucht ja nein

Leberkrankheiten ja nein

Diabetes ja nein

Rheuma ja nein

Bluterkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

HIV-Infektion ja nein

Tuberkulose ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Nierenfunktionsstörungen ja nein

Leidet Ihr Kind unter Epilepsie? ja nein

BITTE WENDEN!

Wurden bei Ihrem Kind Operationen und Transplantationen durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche und wann

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche

Liegen sonstige Erkrankungen vor? ja nein
Wenn ja, welche

Ist Ihr Kind schon einmal zahnärztlich behandelt worden? ja nein
Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja nein
Wie können Sie Ihr Kind bei Angst gewöhnlich am besten beruhigen?

Möchten Sie bei der Behandlung Ihres Kindes dabei sein? ja nein

Einverständnis bei Behandlung Minderjähriger:

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

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Möchten Sie, dass ihr Kind in unsere Erinnerungskartei aufgenommen wird? ja nein

Dieser Service beinhaltet, dass Sie nach Ablauf eines halben Jahres zur Vereinbarung eines Kontrolltermines schriftlich von uns benachrichtigt werden.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindesten zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____