

Gesundheitsfragebogen Kinder

Hallo liebe Mama / Papa von

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ORDINATION !

Für die optimale Beratung und Behandlungserfolg ist die Erhebung einiger persönlicher Daten nicht nur notwendig sondern auch **gesetzlich verpflichtend**.

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen für Ihr Kinde vollständig und gewissenhaft aus.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich **der ärztlichen Schweigepflicht** und werden vertraulich behandelt.

Herzlich Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: Geburtsdatum.....Vers. Nr:.....

Name des Erziehungsberechtigten

Handy Nr:.....Email.....

Person, bei der das Kind mitversichert ist : -Vater -Mutter -Sonstige Person.....

Name:Geburtsdatum..... Vers. Nr:.....

Adresse:

Versicherungsträger:.....Zusatzversicherung.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

-Empfehlung - Internet - tel.Buch -Sonstiges.....

Anamnese:

1. Sind beim Kind Allergien bekannt? Ja / Nein.....

2. Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten ?

-Aids -Asthma -ADS -Blutgerinnungsstörung -Diabetes -Epilepsie -Geistliche Hindernis
-Hörstörung - Hepatitis -Herzerkrankung -Lebererkrankung -Leukämie - Lungenerkrankung
-Muskelschwäche / Neurodermitis -Nierenerkrankung - Rheuma -Tumor -Andere

3. Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen ? Ja / Nein

4. Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum ?

5. Wünscht Ihr Kind Lachgas bei der Zahnbehandlung? Ja / Nein

6. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen ?

7. War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? Ja / Nein

8. Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen ?

9. Der Grund Ihres heutigen Besuchs ?

10. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche ? Ja / Nein

11. Falls Ja: Welche Getränke und wann ?

12. Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind ? -Fluoridtabletten -Fluoridsalz - Fluoridgel
-Zahnpasta

13. Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten/ gesüßte Getränke ? Ja / Nein

14. Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen ? Ja / Nein

Bitte wenden

Allgemeine Risikoaufklärung der zahnärztlichen Behandlung !

Wir möchten auch unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, Sie über extrem seltene, jedoch mögliche Risiken bei zahnärztlichen Behandlungen zu informieren.

Wie wir alle wissen, alle Therapieformen und Heilbehandlungen bringen Nutzen, zugleich verbirgt sich auch ein gewisses Risiko.

Bei uns werden nur hochwertige Medikamente und Materialien verwendet. Trotzdem kann es in sehr seltenen Fällen zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Bei Bestehen von manchen Vorerkrankungen sowie bei Überempfindlichkeit können im Zuge einer Schmerzausschaltung durch zahnärztliche Anästhesie Komplikationen im Bereich des Herzkreislaufsystems bzw. der Atmung, sowie Unverträglichkeitsreaktionen auftreten, sie sind jedoch selten. Ebenso kann trotz modernster Absaugetechnik die Möglichkeit einer Vertragung von Fremdkörpern in die Speise -oder Luftröhre nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden.

Termine:

Unsere Praxis arbeitet mit Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren.

Bitte geben Sie Terminänderungen mindestens 2 Tage im Voraus bekannt. Beim 1. Mal Versäumnis ohne Absage werden Sie gewarnt, ab dem 2. Mal stellen wir die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung (Termin bis 1 Stunden €80.-, über 1 Stunde €120.-).

Sollten Sie ohne e-Card zur einer Behandlung erscheinen und diese nicht innerhalb von 14 Tagen nachbringen, kann die Leistung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden, wir müssen Ihnen dann die erbrachte Leistung als Privathonorar verrechnen.

Hinweis:

Bitte beachten Sie: Wir sind Wahlzahnarztordination mit KFA,SVA . Falles Sie nicht bei KFA, SVA versichert sind, werden die Behandlungskosten im Zuge der Heilkostenplanerstellung im Vorhinein besprochen. Sie können eine Refundierung ihrer Behandlungskosten bei ihrer Krankenkasse beantragen. Die rückerstatteten Kosten variieren je nach Kasse und Leistung zwischen 80-100% des Kassentarifs.

Bei Fragen steht Ihnen das gesamte Praxisteam, bzw. die behandelnde Ärztin jederzeit zur Verfügung.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Weiteres bestätige ich, dass ich den Inhalt dieses Fragebogens gelesen und verstanden habe.

Wien, am

.....

Unterschrift Patientin/Patient
bzw. gesetzl. Vertreter/in