

Patientenbogen Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen

in der Gemeinschaftspraxis für allgemeine Zahnmedizin und Kieferorthopädie Dr. Nadja Ott & Dr. Alexander Ott.
Für die Wahrnehmung unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht bitten wir Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns absolut vertraulich behandelt.

Patient:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: Patient (Selbstzahler) SUVA (Unfall)
 IV/SVA Sozialamt Ort:

Krankenversicherung:

Versichert bei: _____ Versicherungsnummer: _____

Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen _____

Gesetzlicher Vertreter:

Familienname: _____ Vorname: _____ Ggf. Titel: _____

Strasse /Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____

Tel. gesch.: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte _____

Internet Telefonbuch Schulzahnpflege

Sonstiges: _____



Allgemeine Gesundheitsfragen:

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Kinderarzt (Name und Adresse)?

Bestehen allg.-medizinische Erkrankungen (z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Blutgerinnungsstörung, Epilepsie, Asthma, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmässig Medikamente eingenommen? ja nein

Welche und wozu? _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass oder Endokarditispass? ja nein

Hat Ihr Kind andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Hinweis: Unsere modernen digitalen Geräte sind möglichst strahlungsarm.

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nur im Rahmen der Rechnungsstellung werden abrechnungsspezifische Daten zur Geltendmachung unserer Honorarforderungen an die für uns hierfür beauftragten Institutionen weitergegeben.

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

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.
Besuchen Sie uns im Internet unter www.praxisott.ch