

# Susanne Intrau

## Zahnärztin

Am Weinfeld 3, 34599 Neuental

Telefon: 06693 - 1484

**Patient:** \_\_\_\_\_

Seite 1

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja [ ] nein [ ]

Anmerkung:

\_\_\_\_\_  
Allergien? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Allergiepass ja [ ] nein [ ]

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

#### Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [ ] nein [ ]

Bei wem?

\_\_\_\_\_  
Warum?

\_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Herzerkrankung / Herzfehler ja [ ] nein [ ]

Diabetes ja [ ] nein [ ]

ADHS / ADS ja [ ] nein [ ]

Nierenerkrankung ja [ ] nein [ ]

Gelbsucht ja [ ] nein [ ]

Angstzustände ja [ ] nein [ ]

Lunge / Asthma ja [ ] nein [ ]

Blutgerinnungsstörung ja [ ] nein [ ]

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

#### Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß ja [ ] nein [ ]

Obst ja [ ] nein [ ]

Fast Food ja [ ] nein [ ]

Deftig ja [ ] nein [ ]

# Susanne Intrau

## Zahnärztin

Am Weinfeld 3, 34599 Neumental  
Telefon: 06693 - 1484

---

### Patient:

|                        |        |          |
|------------------------|--------|----------|
| Isst wenig             | ja [ ] | nein [ ] |
| Isst viel              | ja [ ] | nein [ ] |
| Unkontrolliertes Essen | ja [ ] | nein [ ] |
| Fruchtsäfte            | ja [ ] | nein [ ] |
| Limonaden              | ja [ ] | nein [ ] |
| Mineralwasser          | ja [ ] | nein [ ] |
| Tee gesüßt             | ja [ ] | nein [ ] |
| Tee ungesüßt           | ja [ ] | nein [ ] |

### Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

---

Schnuller ja [ ] nein [ ]  
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [ ] nein [ ]  
Handzahnbürste ja [ ] nein [ ]  
Elektrische Zahnbürste ja [ ] nein [ ]  
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

---

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, bei wem?

---

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [ ] nein [ ]  
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

---

### Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe ja [ ] nein [ ]  
Kariesrisikotest ja [ ] nein [ ]  
Ernährungsberatung ja [ ] nein [ ]  
Zusatzleistungen ja [ ] nein [ ]  
Eigene Fragen / Wünsche

---

### Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [ ] nein [ ]  
Hat Ihr Kind Angst? ja [ ] nein [ ]  
Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige  
Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja [ ] nein [ ]

Ich stimme hiermit die Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an Weiterbehandler, DZR, Labore

---

# Susanne Intrau

## *Zahnärztin*

Am Weinfeld 3, 34599 Neental

Telefon: 06693 - 1484

---

**Patient:** \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_