



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name, Vorname	PATIENT
Geburtsdatum	PATIENT
Strasse	PATIENT
PLZ / Ort	PATIENT
Telefon Festnetz*	
Telefon Mobil*	
Kinderarzt	
Bisheriger Zahnarzt	

Sorgerecht Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Name, Vorname	ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
Geburtsdatum	ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
Strasse	ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
PLZ / Ort	ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
E-Mail*	
Beruf*	
Zahnversicherung vorhanden*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	

Beziehen Sie Sozialhilfe, Sozialhilfe Asyl oder ja nein
Ergänzungsleistungen AHV/IV ?

Fragen Sie bei Unklarheiten bitte im persönlichen Gespräch nach. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Wir benötigen neben den Personalien auch Angaben über den Gesundheitszustand und über die Ernährungsgewohnheiten des Patienten bzw. Ihres Kindes, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis.

Haben Sie / Ihr Kind Allgemeinerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie / Ihr Kind Infektionserkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie / Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie / Ihr Kind operiert worden? ja nein

Wenn ja, welche Operation? _____

Hatten Sie / Ihr Kind einen Unfall, bei dem Zähne beschädigt wurden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und weshalb? _____

Besteht beim Patient oder bei Ihrem Kind eine Latexallergie oder Medikamenten-unverträglichkeit? ja nein

Wenn ja, bei wem und welche? _____

Hat Ihr Kind am Daumen oder Schnuller gelutscht? ja nein

Bis zu welchem Alter? _____



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes beim Zahnarztbesuch?*

- kooperativ verweigernd
 ängstlich, aber die Behandlung war möglich

Wann putzt Ihr Kind die Zähne?*

- morgens mittags abends

Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne?*

- alleine mit Hilfe nur durch die Eltern

Verwendet Ihr Kind Zahnpasta mit Fluorid?*

- ja nein

Wurden Fluoridtabletten verabreicht?*

- ja nein

Wenn ja, wann und wie lange? _____

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?*

- ja nein

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?*

- ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Wurde Ihr Kind gestillt?*

- ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?*

- Leitungswasser Mineralwasser Eistee
 Aromatisiertes Wasser Fruchtsaft
 Ungesüßten Tee Gesüßten Tee Instanttee
 Fruchtsaftschorle Limonade Cola
 Milch Kakao Sportgetränk (isotonisch)

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?*

Ungefähr _____ am Tag

*freiwillige Angaben

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?*

- Obst Gemüse Kaugummi Joghurt
 Belegtes Brot Brezeln Reiswaffeln
 Kekse Kuchen Chips / Salzstangen
 Müsliriegel Fruchtschnitten
 Süßigkeiten (wie z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)

Möchten Sie an den nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden?*

- ja nein

Wenn ja, wie? telefonisch per E-Mail schriftlich

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

Überweisung durch Dr.

persönliche Empfehlung von _____

Internet / Homepage

sonstiges _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie der Datenschutzerklärung und deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden. Einsehbar sind diese in der Praxis oder unter www.orthobit.ch/datenschutz bzw. www.orthobit.ch/agb

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen (DSG).

Datum, Unterschrift Patient/in

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter



KINDER- UND
JUGENDZAHNHEILKUNDE
BÜLACH