



DR. HENRIK MÖMKEN &  
IVONNE REDELBERGER

Tel.:  
Fax:  
E-Mail:

## Kinder-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

**Patient:** Titel: weibl. männl. divers  
Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)  
Straße / Nr.: PLZ: Wohnort: Geburtsort:  
Tel.(Festnetz): Handy-Nr.: E-Mail:  
Beruf: Tel. dienstl.: Arbeitgeber:

> Ich möchte künftig per SMS an meinen Termin erinnert werden (keine Gebühr, die Daten werden nicht übermittelt!) Ja Nein

### Krankenkasse / Versicherung:

#### Nur für Privatpatienten:

Privat versichert - **nicht** im Basistarif Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)  
Beihilfeberechtigt Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste

**Kinderarzt - Name:** Adresse: Telefon:

### Hauptversicherter:

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:

Besteht ein getrenntes Sorgerecht? Ja Nein

### Name, Adresse getrennt lebender Partner:

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

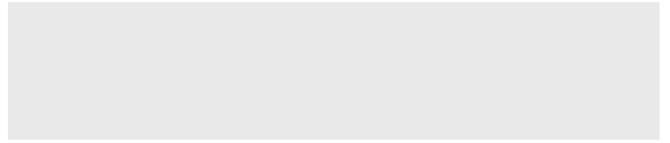
Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:



DR. HENRIK MIMMSEN &  
WONNE REDELBERGER

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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



**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum Gesundheitszustand des Patienten so genau wie möglich:**

Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen	Ja	Nein
Erkrankungen der Leber oder Niere	Ja	Nein
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.)	Ja	Nein
Herzerkrankungen, -fehler, -geräusche	Ja	Nein
Diabetes oder Stoffwechselerkrankungen	Ja	Nein
Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten	Ja	Nein
Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle	Ja	Nein
Veränderter Muskeltonus od. spastische Anfälle	Ja	Nein
Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung	Ja	Nein
Probleme beim Hören oder Taubheit	Ja	Nein
Probleme beim Sprechen	Ja	Nein
Sonstige Krankheiten? Wenn ja welche?	Ja	Nein
Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja auf was?	Ja	Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?	Ja	Nein
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	Ja	Nein



DR. HENRIK MOMMKEN &  
WONNIE REIBELBERGER

#### Besonderheiten bei der Geburt:

Frühgeburt? Kaiserschnitt? Zangen-  
geburt? Ja Nein

Wurde Ihr Kind bereits stationär im  
Krankenhaus behandelt? Wenn ja  
warum? Ja Nein

#### Allgemeine Angaben:

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?  
Wenn ja wann und bei wem? Ja Nein

Hatte Ihr Kind dort bereits ein  
negatives Erlebnis? Ja Nein

Wurde das Kind gestillt? Wenn ja  
wie lange? Ja Nein Monate

Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus  
der Flasche zu trinken? Bis zu  
welchem Alter? Ja Nein Bis Jahre

Was war/ist in der Flasche?

Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig  
Süßigkeiten? Ja Nein

Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige  
Zahnpasta/Speisesalz/Tabletten  
(Zymafluor)? Ja Nein

Wie oft putzt Ihr Kind /putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

Sind SIE gegen irgendetwas  
allergisch? Ja Nein

Gibt es Medikamente, die SIE nicht  
vertragen? Welche? Ja Nein

Sind SIE für Karies anfällig? Ja Nein

Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch  
Angst? Ja Nein

Lutscht Ihr Kind Schnuller oder  
Daumen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

Was ist der Grund für den heutigen  
Besuch?

Besteht Interesse an:

Prophylaxemaßnahmen? (Kariesrisikobestimmung, Frühprophylaxe, Intensiv-Schmelzhärtung...)? Ja      Nein

Behandlungsmöglichkeiten, die über dem Niveau der Kassenleistungen liegen?  
(Zement-Alternativen, Festsitzende Platzhalter, Kinderkronen...) Ja      Nein

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. Außerdem bin ich im Bedarfsfall mit der Übermittlung von Röntgenbildern an einen weiterbehandelnden Zahnarzt oder Kiefer-chirurgen sowie der Daten an ein Dentallabor einverstanden.** Ja      Nein  
**Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <https://www.g-ba/beschluesse/4036/>**
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- **Nach Injektionen muss Ihr Kind mind. 2 Stunden unter Aufsicht sein. Es besteht die Gefahr schwerer Selbstverletzungen.**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**Sind Sie bzw. Ihr Kind mit Fotografien (nicht Röntgenaufnahmen!) der Zähne zur Dokumentation einverstanden?** Ja      Nein  
**Fotos können jeder Zeit gelöscht werden, Sie haben das Recht auf Widerruf der Einwilligung.**

**Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.**

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

---