

# ZahnMedizinisches Versorgungszentrum Leipzig

## Zahnärzte Mockau

Tauchaer Straße 12 - 04357 Leipzig – Tel.: 0341 / 6014361  
Steuer-Nr.: 2/231/167/13101

---

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.  
Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen auch unaufgefordert mit.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vor Ihrem Termin.

#### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert	ja ( )	nein ( )
Freiwillig versichert	ja ( )	nein ( )
Haben Sie eine private Zusatzversicherung	ja ( )	nein ( )
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt	ja ( )	nein ( )

Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

#### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten  
oder Versicherten: \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

## Anamnese

Herzerkrankung / Herzfehler	ja ( )	nein ( )
Diabetes	ja ( )	nein ( )
ADHS / ADS	ja ( )	nein ( )
Nierenerkrankungen	ja ( )	nein ( )
Lungenerkrankungen / Asthma	ja ( )	nein ( )
Blutgerinnungsstörung	ja ( )	nein ( )
Allergien	ja ( )	nein ( )
Wenn ja, welche?	_____	

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?	ja ( )	nein ( )
Wenn ja, welche?	_____	

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	ja ( )	nein ( )
Wenn ja, welche?	_____	

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (z.B. zum Versenden von Röntgenbildern)	ja ( )	nein ( )
---	--------	----------

Einverständnis Erziehungsberechtigter zur Behandlung Minderjähriger	ja ( )	nein ( )
--	--------	----------

## Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß	ja ( )	nein ( )
Obst	ja ( )	nein ( )
Deftig	ja ( )	nein ( )
Isst wenig	ja ( )	nein ( )
Fast Food	ja ( )	nein ( )
Unkontrolliertes Essen	ja ( )	nein ( )
Fruchtsäfte	ja ( )	nein ( )
Limonaden	ja ( )	nein ( )
(Mineral)Wasser	ja ( )	nein ( )
Tee gesüßt	ja ( )	nein ( )
Tee ungesüßt	ja ( )	nein ( )
Isst viel	ja ( )	nein ( )
Isst oft	ja ( )	nein ( )

## Spezielle Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten (Daumen / Schnuller)	ja ( )	nein ( )
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?	ja ( )	nein ( )
Elektrische Zahnbürste Handzahnbürste	ja ( )	nein ( )
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?	_____	
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja ( )	nein ( )

## Beratungswunsch

Ernährungsberatung ja ( ) nein ( )

Zahnvorsorge / Prophylaxe ja ( ) nein ( )

Zahnputztraining ja ( ) nein ( )

Eigene Fragen / Wünsche ja ( ) nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlung minderjähriger Patienten ja ( ) nein ( )

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

