



ZP Niederrhein

Patientenfragebogen für Minderjährige Patient questionnaire for Minors

.....
Name, Vorname *last Name, first Name*

Geb. Datum *date of Birth*

.....
gesetzl. Vertreter/Zahlungspflichtiger *legal guardian/person liable to payment* Geb. Datum *date of Birth*

.....
Straße, Hausnummer *street, housenumber*

Postleitzahl, Ort *postal code, city*

.....
Telefon (privat/mobil) *telephone (private/mobil)*

Telefon (geschäftlich) *telephone (work)*

.....
E-Mail

Beruf *occupation/career*

.....
Name der Krankenkasse/Versicherung *Insurance* :

gesetzlich versichert *public*

privat versichert *private*

Zusatzversicherung *complementary/supplementary*

Beihilfeberechtigt *eligible for aid*

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen: *Terms of Agreement for Minors:*

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

For the patients that are not of legal age of 18, except in the cases of acute/major pains, permission of a parent or legal guardian is required.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meiner Tochter/meinem Sohn eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt wird.

I agree the above mentioned terms and allow my child to receive dental treatments.

Terminreminderung *Appointment reminder*

Telefon *phone*

E-Mail *E-Mail*

Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzl. Vertreter/in
Signature of Parent or legal Representative

ZP42 Zahnärztl.Gemeinschaftspraxis Dr.Adyani-Fard/Dr.Schnorr,Dorfstr. 42, 47661 Issum ,Telefon 02835/95833

ZP27 Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Dana Adyani-Fard, Dorfstr. 27 A, 40667 Meerbusch, Telefon 02132/650000

zp42@zpniederrhein.de , zp27@zpniederrhein.de , smile@zpniederrhein.de , www.zpniederrhein.de

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: *Reason (s) for todays visit:*

.....

	Ja / Yes	Nein/ No
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? <i>Is your child afraid of the dentist?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? <i>Has your child been to the dentist before?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? <i>Has your child had toothache before?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind einen Unfall oder eine Operation (z.B. im Mund-/Kieferbereich?) <i>Has your child had an accident/surgery (e.g. in Mouth/Jaw)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? <i>Is your child receiving orthodontic treatment?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kieferorthopädie – Name, Anschrift, Telefon *Orthodontist – Name, Address, Telephone*

.....

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? <i>Is your child receiving medical treatment?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Kinderarzt – Name, Anschrift, Telefon *Pediatrician – Name, Address, Telephone*

.....

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: *Cardiovascular Diseases:* **Allgemeine Angaben:** *General Information:*

	Ja/ Yes	Nein No		Ja/ Yes	Nein/ No
Herzerkrankung <i>Heart disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelmäßige Medikamente <i>Regular medication</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation <i>Heart surgery</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann / Name		
Andere <i>Other</i>			<i>If yes, since when/Name</i>		
			Frühere Röntgenuntersuchung <i>Previously x-rayed</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen: *Infections Diseases*

	Ja/ Yes	Nein/ No		Ja/ Yes	Nein/ No
HIV <i>HIV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Datum/Körperteile		
Hepatitis <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>If yes, date/body part /area</i>		
Tuberkulose <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere <i>Others</i>			Schwangerschaft <i>Pregnancy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja, welcher Monat		
			<i>If yes, how for along/month</i>		

Allergien/Unverträglichkeiten: *Allergies:*

	Ja/ Yes	Nein/ No
Lokalanästhetika <i>local anerthetics</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel <i>pain killers</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika <i>antibiotics</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere <i>Ether</i>		

Mundhygiene: *Oral Hygiene:*

Wie werden die Zähne geputzt? *Who brushes the teeth?*

vom Kind *the child* von den Eltern *the parent (s)*

mit Hilfe der Eltern *with the help of parent(s)*

Wie oft werden die Zähne geputzt? *How often are the teeth brushed?*

≤ 1x/Tag *less than once a day* 1x/Tag *once a day* ≥ 1x/Tag *more than once a day*

Womit werden die Zähne geputzt? *How are the teeth brushed?*

Handzahnbürste *manual toothbrush* elektr. Zahnbürste *electric toothbrush*

Zahncreme *toothpaste:* mit Fluorid *with Floride* ohne Fluorid *without Floride*

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich? *Does your child use additional Floride?*

fluoridiertes Speisesalz *floride tablesalt* Tabletten *floride tablets*

Weitere Erkrankungen: *Other Diseases:*

Ja/Yes Nein/No

Blutgerinnungsstörungen *blood coagulation disorder*

Magen-Darm-Erkrankungen *gastrointestinal disorders*

Nierenfunktionsstörungen *kidney disorders*

Schilddrüsenerkrankungen *thyroid disorders*

Genetische Erkrankungen *genetic disorders*

Lungenerkrankungen *lung disease*

Rheuma *rheumatism*

Diabetes *diabetes*

Lebererkrankung *liver disease*

Ohnmachtsneigung *fainting*

Geistige Erkrankung *mental illness*

Asthma *astma*

Epilepsie *epilepsy*

Andere *other*

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. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

All information is subject to medical confidentiality and the provisions of data protection and is therefore treated as strictly confidential. I consent to the storage of my personal data. I undertake to inform you immediately of any changes to this data that occur during the treatment period. I undertake to adhere to the agreed dates or to cancel at least two days in advance, otherwise the resulting costs may be charged. With my signature, I confirm that I have read and understood the printed information.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Minderjährige/r
Signature of Patient/Minor

.....
Unterschrift gesetzl. Vertreter/in
Signature of Parent or Legal Guardian