



**Dr. Antje Hansen**  
EINFACH SCHÖNE ZÄHNE

## Neuaufnahmebogen für Jugendliche

**Patient:**

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**begleitender Elternteil:** \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Straße	Postleitzahl/Ort	Telefon
--------	------------------	---------

---

Krankenkasse	Beruf	Telefon dienstlich
--------------	-------	--------------------

---

Arbeitgeber

Bei welchem Hausarzt/Kinderarzt bist Du in Behandlung: \_\_\_\_\_

Hast Du schwere Erkrankungen durchgemacht oder hast Du noch, z.B. Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Nieren etc..

\_\_\_\_\_

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Neigst du zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Nesselfieber, Hautausschläge, Asthma, Ekzeme)?  Ja  Nein

Bist Du mit Deinen Zähnen zufrieden? Wenn nein, was möchtest du verändert haben?

\_\_\_\_\_

Aus welchem Grund bist Du heute zu mir gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen)

\_\_\_\_\_

Schnarchst du?  Ja

Bist Du bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja

bei wem?

Trinkst du aus Sportflaschen (Sigg-Flaschen oder ähnliches)?  Ja

Treibst Du verletzungsgefährdenden Sport z.B. Inliner, Hockey, Kampfsport etc. – wenn ja, was?  Ja

Wie häufig putzt Du Deine Zähne? Womit?

---

Wie häufig isst und trinkst du zuckerhaltige Nahrungsmittel?

---

Benutzt Du regelmäßig Fluoride? In welcher Form? (Zahnpasta, Tabletten, Gelee, Salz, Mineralwasser?)

---

Wer hat Dich an uns empfohlen, bzw. wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

---

Möchtest Du, dass wir Dich an Deine Kontrolltermine erinnern?  Ja  Nein

Hast Du Angst vor dem Zahnarzt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat Du beim Zahnarzt gemacht?

---

Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt?

---

**Wir weisen darauf hin, dass eine falsche Angabe zur Krankenversicherung oder das Nichtbezahlen von Privatrechnungen den Tatbestand des Betruges erfüllt, und strafrechtlich verfolgt werden kann. Weiterhin bitten wir darum, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, die geplante Behandlung in Rechnung zu stellen.**

### **Erklärung des Erziehungsberechtigten:**

**Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Sohn / Tochter zusammen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben.**

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten