

Patientenetikett

Nachname: _____

Vorname: _____

Spitzname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w divers

Sozialversicherung: _____

Adresse: _____

Liebblingsbeschäftigung: _____

Erziehungsberechtigte(r): Mutter Vater Sonstige: _____

Elternteil 1 (Vor- Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Elternteil 2 (Vor- Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Sonstige (Vor-Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Telefonnummer Erziehungsberechtigter: _____ Email: _____

Mitversichert: ja nein mit wem? _____

Name und Alter der Geschwister: _____

Zahnzusatzversicherung: ja nein Anstalt: _____ Polizzen Nr.: _____

Hauszahnarzt / Adresse: _____

Hausarzt / Adresse: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Hauszahnarzt	<input type="checkbox"/> Kinderarzt
	<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> selbst ausgesucht	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Grund des heutigen Zahnarztbesuches?	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Unfall
	<input type="checkbox"/> Karies	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wann war der letzte Zahnarztbesuch?	_____		
Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind gemacht?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht		
Kommentar:	_____		
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislaufkrankungen

- Herzerkrankungen
- Hoher Blutdruck
- Hat Ihr Kind einen Herzschrittmacher?
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall
- Sonstige Herz-Kreislaufkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Blutarmut
- Gerinnungshemmende Medikamente
- Thrombose
- Sonstige Blutkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Allergien

- Zahnärztliche Materialien
- Penicillin
- Lokalanästhetika
- Latexallergie
- Hat Ihr Kind einen Allergiepass?
- Sonstige Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- Hepatitis A / B / C
- Aids / HIV
- Sonstige Infektionserkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen

- Asthma / Lungenerkrankungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Epilepsie
- Glaukom
- Lebererkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nierenleiden
- Magen-Darm-Erkrankungen

- Hörstörungen
- Spastik
- Geistige Verzögerung
- Geistige Behinderung
- Lernbehinderung
- ADHS
- Syndrom
- Tumorerkrankung
- Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Kinderkrankheiten Masern Mumps Röteln Diphtherie

Ist Ihr Kind geimpft? Ja Nein

Wenn ja, welche Masern Mumps Röteln Diphtherie Tetanus

Ist Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____	
Verlief die Schwangerschaft und Geburt normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, warum? _____	
Gewicht des Kindes bei der Geburt? _____	
Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Alter? _____	
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Spitalaufenthalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern

Sind bei ihnen Allergien bekannt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?			
<input type="checkbox"/> Mutter:	_____		
<input type="checkbox"/> Vater:	_____		
	Mutter	Vater	
Neigen Sie zu	Karies	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnstein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung der persönlichen oder medizinischen Daten meines Kindes so bald als möglich bekannt geben muss, um eine bestmögliche Behandlung und Versorgung gewährleisten zu können.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND INFORMATION

Bitte lesen Sie die folgenden Absätze in Ruhe durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

- Die Universitätszahnklinik Wien ist ein Ausbildungsinstitut. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen meines Kindes auch von Studierenden unter Aufsicht eines Arztes durchgeführt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Organisation von Klinik und Ausbildung bedingt, dass der Behandlungsablauf in viele Zwischenschritte geteilt wird, die von Zahnärztinnen/Zahnärzten kontrolliert werden müssen. Der gesamte Ablauf erfordert einen erheblichen Zeitaufwand, insbesondere wenn Vorbehandlungen oder die Zusammenarbeit der verschiedenen klinischen Fachbereiche nötig sind.
- Die Behandlung an der Universitätszahnklinik Wien sieht ein ganzheitliches Konzept zur Sanierung des Kauorgans vor, sodass sich der Therapiezeitraum auch über Monate oder Jahre erstrecken kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass, um den Behandlungsverlauf zu dokumentieren, Foto- oder Videoaufzeichnungen während der Behandlungsphase und in der Nachsorge angefertigt werden und diese gegebenenfalls pseudonymisiert in wissenschaftlichen Forschungen verwendet werden.

Wien, _____

Unterschrift gesetzliche/r VertreterIn