

Anmeldung für Ihr Kind

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail Adresse _____

Erziehungsberechtigte

Versicherter

(Zahlungspflichtiger)

Name _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon _____

Name der

Krankenkasse

_____ Ich bin beihilfeberechtigt

Beruf

_____ Arbeitgeber _____

Anschrift des

Arbeitgebers

Straße _____ Ort _____ Telefon _____

Kinderarzt

_____ Ort _____ Telefon _____

Um die für Ihr Kind richtige Behandlung durchzuführen, erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich von uns vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes und Ihrer Anschrift mit!

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Rheuma/ rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (auch früher) |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> Herzoperationen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/ Gelbsucht | |
| <input type="checkbox"/> Allergien/ Neurodermitis | |
| Wenn ja, worauf? _____ | |

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Verlief die Schwangerschaft normal?

- Ja Nein

Wenn nein, warum? _____

Hatte Ihr Kind bisher fieberhaft Erkrankungen?

- Ja Nein

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

- Ja Nein

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Besteht eine Zahnarztangst? _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/ Kieferbereich? _____

Essen und Trinken

gestillt bis Monate

- Fertigbrei
 Aufgusstee, ungesüßt
 überwiegend Mineralwasser
 Frischgemüse/ Salate/ Frischobst
 naturbelassene Kost, Vollwertkost

Milchflasche bis Monate

- Milch
 Fertigtee
 süße, saure Getränke/ Limos
 Weißmehlprodukte/ Fastfood/ Chips
 Süßer Brotaufstrich (Nussnougat/ Honig)

Zahnpflege

- zuerst mit Wattestäbchen bis Monate
 Putzen nach jedem Essen
 Putzen mit Kinderzahnbürste
 Putzen mit Zahnpasta
 Eltern putzen nach

- mit Zahnbürste ab dem ersten Zähnchen
 abends gründlich unregelmäßig/ selten
 mit elektrischer Zahnbürste
 ohne Zahnpasta
 trotz Putzen Beläge/Zahnstein/Verfärbungen

Gewohnheiten

- Daumenlutschen
 Nuckeln
 Atmung meist durch den Mund

- abends „Bettfläschchen“
 Sauger, großes Loch
 Knirschen nachts Knirschen tagsüber

Munderkrankungen

- Karies an Frontzähnen Karies an Seitenzähnen Aphten/ Mundfäule Mundgeruch

Fluoridanwendung

- Speisesalz mit Fluorid/ Jodid Kinderzahnpasta
 Fluorid-Tabletten
 andere Fluoridquellen _____ kombiniert mit Vitamin D

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (gemäß §615 BGB).

Das „Ausfallhonorar“ orientiert sich an der geplanten Behandlung und beträgt pro eingeplante Behandlungszeit maximal

62,40€ pro angefangene 15 Minuten.

Vielen Dank für Ihre Informationen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Ich stimme der Einverständniserklärung zu.

Ort, Datum

Unterschrift