Wir heißen Sie in unserer Zahnarztpraxis herzlich willkommen !

Kind: _____

Name | Vorname | geboren am

Anschrift: _____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

Versicherte/r und Rechnungsempfänger/in: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Andere

_____

Name | Vorname

_____

Telefon | Handy

_____

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine eMail-Adresse verwendet wird für Terminvereinbarung, für Terminerinnerungen, Recalls und die Übermittlung von Befunden, Röntgenaufnahmen und patientenbezogenen Unterlagen an mich ☐ ja ☐ nein

☐ gleiche Anschrift wie die des Kindes

☐ andere Anschrift: _____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

Erziehungs-/Sorgeberechtigte/r: ☐ Vater + Mutter ☐ Vater ☐ Mutter

☐ Andere _____

Krankenkasse: _____

Hat Ihr Kind einen **Pflegegrad (Pflegestufe)** ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen Pflegegrad hat Ihr Kind ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Hat Ihr Kind eine/n Betreuer/in ? ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie versichert ? ☐ privat ☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ beihilfeberechtigt

Sind Sie als Privatversicherte/r im Basis-/Standardtarif versichert ? ☐ ja ☐ nein

Basis-/Standardtarif bedeutet eine immer reduzierte Erstattung der Kosten durch Ihre Privatversicherung. Die Bescheinigung Ihrer Privatversicherung über den Basis-/Standardtarif benötigen wir unbedingt vor Beginn der Behandlung.

Hinweis zur Privatversicherung / Beihilfe / Zusatzversicherung: Sie müssen damit rechnen, dass Sie von diesen Stellen nicht die vollen Kosten erstattet bekommen.

Bei gesetzlicher Versicherung legen Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Kindes vor. Wenn Sie diese nicht innerhalb von 10 Tagen vorlegen, ist die **Zahnarzt**praxis**Bleisteiner** verpflichtet, Ihnen eine Privatrechnung zu schreiben.

➡ ***B i t t e w e n d e n*** ➡

Allgemeines

Ist das der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes ? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch ? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen ? ☐ ja ☐ nein

Sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes etwas beachten ? _____

Wie lautet der Name Ihres Kinderarztes / Hausarztes ? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? _____

Anamnese

Befindet sich Ihr Kind momentan in stationärer Behandlung, z. B. Klinik ☐ ja ☐ nein

Hat sich Ihr Kind bisher normal entwickelt ? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen _____

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, weshalb _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche _____

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie heißt die / der Kieferorthopäde/in ? _____

Hat Ihr Kind eine Sprechstörung ? ☐ ja ☐ nein

Hat / hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen ?

01. Allergien ? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welche ? _____
02. Asthma / Lungenerkrankung / Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein
03. Diabetes ? ☐ ja ☐ nein
04. Nierenerkrankung ? ☐ ja ☐ nein
05. Herzerkrankung ? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welche ? _____
06. Ohnmachtsneigung ? ☐ ja ☐ nein
07. Epilepsie / Krampfanfälle ? ☐ ja ☐ nein
08. Gelbsucht (Hepatitis) ? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welche ? Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C Und wann ? _____
09. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung ? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welche ? _____
10. Immunmangelsyndrom (z. B. Aids) ? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, welches ? _____
11. Angstzustände ? ☐ ja ☐ nein
12. ADHS / ADS ? ☐ ja ☐ nein
13. Sonstige Erkrankung(en) ? _____

Kind: _____

Name Vorname

Sie erklären sich damit einverstanden, dass bei Ihrem Kind, falls es alleine einen Termin wahrnimmt, von der **Zahnarzt**praxis**Bleisteiner** Röntgenaufnahmen eines Zahnes / der Zähne gemacht werden dürfen, wenn es erforderlich sein sollte.

Der Weitergabe der Behandlungsdaten Ihres Kindes an eine/n Behandler/in innerhalb unserer Praxis und auch an eine/n Nachfolger/in Ihres Zahnarztes / Ihrer Zahnärztin stimmen Sie hiermit zu.

In unserer EDV-Anlage werden die Software von Evident-Dentalsoftware und die Hardware von VisionmaxX GmbH gewartet und gegebenenfalls repariert. Beide Firmen können dabei Zugang zu unseren / Ihren Patientendaten erlangen. Die Datenschutz- bzw. Schweigepflichts-erklärungen liegen uns von beiden Firmen vor. Sie wurden hiermit darüber informiert und stimmen dem zu.

Der Erhebung einer Verweil- / Ausfallgebühr in Höhe der Kosten, die anfallen wenn Sie einen vereinbarten Termin versäumen (nicht absagen), es sei denn Ihr Nichterscheinen ist unver-schuldet, stimmen Sie hiermit zu.

Sie erklären hiermit, dass Sie

☐ das alleinige Sorgerecht besitzen

☐ im Einverständnis des / der zweiten Sorgeberechtigten handeln und ihn / sie vertreten

☐ nicht sorgeberechtigt sind (z. B. Großeltern)

Datum _____ Unterschrift _____

Bei Bedarf von der Zahnärztin / dem Zahnarzt auszufüllen:

Wie ist das Zahnputzverhalten des Kindes ?
☐ putzt alleine ☐ es wird nachgeputzt
☐ 1x täglich ☐ 2x täglich ☐ 3x täglich

Was wird zur Zahnpflege verwendet ?
☐ Handzahnbürste ☐ elektr. Zahnbürste ☐ Zahnseide
☐ Kinderzahnpasta ☐ Juniorzahnpasta ☐ Erwachsenenzahnpasta
☐ fluoridfreie Zahnpasta ☐ Fluoridgel ☐ Fluoridtabletten

Isst das Kind eher
☐ wenig ☐ viel ☐ normal ☐ unkontrolliert
☐ süss ☐ deftig ☐ gemischt
☐ Fast Food ☐ Obst

Trinkt das Kind eher
☐ Fruchtsaft ☐ Limonade ☐ Schorle ☐ Milch / Kakao
☐ stilles Wasser ☐ Sprudel ☐ Tee gesüßt ☐ Tee ungesüßt

Hat das Kind Lutschgewohnheiten ?
☐ Daumen / Finger ☐ Schnuller ☐ Sonstiges ☐ nein

Trinkt das Kind noch aus dem Fläschchen ? ☐ ja ☐ nein