

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 SMS und / oder eMail-Adresse verwendet wird für die 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 **ZahnarztpraxisBleisteiner** 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 **Zahnarztpraxis 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. Schweigepflichtserklärungen 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 unverschuldet, 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
 Kinderzahnpaste Juniorzahnpaste Erwachsenenzahnpaste
 fluoridfreie Zahnpaste Fluoridgelee 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