

# 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 die **Zahnarztpraxis Bleisteiner** aufmerksam geworden ?  
\_\_\_\_\_

## Anamnese

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 ?

1. Allergien ?  ja  nein

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

2. Asthma / Lungenerkrankung / Tuberkulose?  ja  nein

3. Diabetes ?  ja  nein

4. Nierenerkrankung ?  ja  nein

5. Herzerkrankung ?  ja  nein

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

6. Ohnmachtsneigung ?  ja  nein

7. Epilepsie / Krampfanfälle ?  ja  nein

8. Gelbsucht (Hepatitis) ?  ja  nein

Wenn ja, welche ? Hepatitis  A  B  C Und wann ? \_\_\_\_\_

9. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung ?  ja  nein

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

10. Immundefizienzsyndrom (z. B. Aids) ?  ja  nein

Wenn ja, welches ? \_\_\_\_\_

11. Angstzustände ?  ja  nein

12. ADHS / ADS ?  ja  nein

13. Sonstige Erkrankung(en) ? \_\_\_\_\_

## Sonstiges

Wie ist das Zahnputzverhalten Ihres 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                       Fluoridgel                       Fluoridtabletten

Isst Ihr Kind eher

- wenig                       viel                       normal                       unkontrolliert  
 süß                       deftig                       gemischt  
 Fast Food                       Obst

Trinkt Ihr Kind eher

- Fruchtsaft                       Limonade                       Schorle                       Milch / Kakao  
 stilles Wasser                       Sprudel                       Tee gesüßt                       Tee ungesüßt

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten ?

- Daumen / Finger                       Schnuller                       Sonstiges                       nein

Trinkt Ihr Kind noch aus dem Fläschchen ?                       ja     nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei meinem 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 Ultrabyte-Computerservice 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.

Ich erkläre hiermit, dass ich

- das alleinige Sorgerecht besitze  
 im Einverständnis des / der zweiten Sorgeberechtigten handle und ihn / sie vertrete  
 nicht sorgeberechtigt bin (z. B. Großeltern)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_