



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Schön, dass Du bei uns bist.

Liebe Eltern, wir benötigen neben Ihren Personalien und denen Ihres Kindes auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße	PLZ und Ort	E-Mail
Telefon	Fax	Mobiltelefon
Versicherung		

privat versichert gesetzlich versichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ und Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wir setzen uns immer für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht immer garantieren.

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? ja nein

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb? _____

Kinderarzt Ort Telefon

Weitere Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes. Hat Ihr Kind...

eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja welche?
ja nein _____

Asthma oder Lungenerkrankungen? Wenn ja welche?
ja nein _____

Allergien? Wenn ja welche?
ja nein _____

eine Stoffwechselkrankheit oder Diabetes? Wenn ja welche?
ja nein _____

epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? Wenn ja welche?
ja nein _____

eine Blutkrankheit (blutet Ihr Kind länger als üblich)? Wenn ja welche?
ja nein _____

eine Infektionskrankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Wenn ja welche?
ja nein _____

sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche?
ja nein _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig, bzw. zur Zeit ein?

Ernährung

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ja nein

Wie lange? _____ immer noch? _____ morgens? abends?

Was war/ist in der Flasche? _____

Isst Ihr Kind viel Süßes? ja nein

Bekommt Ihr Kind Fluorid-Präparate? Zahnpasta? fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Um leichter einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft sehr hilfreich. Daher bitten wir Sie darum, diese Fragen für uns zu beantworten.

Lieblingsfarbe Ihres Kindes? _____

Lieblingsspielzeug Ihres Kindes? _____

Lieblingsfernsehsendung Ihres Kindes? _____

Hobbies Ihres Kindes? _____

Lieblingsessen/-getränk Ihres Kindes? _____

Was mag Ihr Kind / was mag Ihr Kind gar nicht? _____

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung die Verkehrstüchtigkeit Ihres Kindes beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis Dr.Stein+Dr.Stein resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine **Bestellpraxis**. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Ihr Kind und Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung stellen (gemäß §615 BGB / Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002).

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für die Kontrolluntersuchung Ihres Kindes an.

Wünschen Sie diese Erinnerung? ja nein Dies können Sie jederzeit widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

.....
Datum Unterschrift (Erziehungsberechtigter) überprüft am Unterschrift (Arzt)