



Liebe Eltern, wir freuen uns, dass Sie Ihr Kind zur Zahnbehandlung in unsere Praxis bringen und möchten uns für Ihr Vertrauen bedanken. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

- Untersuchung Beratung Zahnschmerzen Zahnfleischbeschwerden Prophylaxe Wackelzahn

Kind Das Kind geht in: Kindergarten Schule Kind wird zu Hause betreut

Name	Vorname	geb.
Straße / Hausnr.		PLZ
Tel. Festnetz		Tel. Mobil
		Email
Stadt		

Mitglied / Zahlungspflichtige/r (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Herr Frau

Name	Vorname	geb.
Straße / Hausnr.		PLZ
Tel. Festnetz		Tel. Mobil
		Email
Stadt		

Versicherungsstatus

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert (Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> Es besteht eine private Zahnzusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Standardtarif-Versicherung gem. §257 Abs.2a SGB V.
<input type="checkbox"/> Es besteht keine Versicherung	<input type="checkbox"/> Zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Name der Krankenkasse / Versicherung

Beruf des Mitgliedes Arbeitgeber

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient müssen Sie uns unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung vom

<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> Praxisschild	<input type="checkbox"/> Anzeige
<input type="checkbox"/> Andere Suchmaschine	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten Online	<input type="checkbox"/> Internet Portal	<input type="checkbox"/> Krankenkasse

Hat Ihr Kind Angst vor der Zahnbehandlung? Nein Ja Wenn ja, bitte unten auf der Angstskala genau eintragen:



0 Keine Angst 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sehr große Angst 10



Für die Karteikarte benötigen wir noch folgende Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Diese dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand und Bedürfnisse Ihres Kindes besser anzupassen. Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes, der Adresse und des Versicherungsstatus mit! Danke!

	Ja	Nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, gab es negative Erfahrungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akzeptiert Ihr Kind eine Zahnbehandlung mit Lokalanästhesie (Spritze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen durchgemacht oder hat es noch, z.B. Erkrankungen des Herzens, Lungen, Nieren etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Unverträglichkeit von Medikamenten oder Stoffen, bzw. Allergien vor? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind z.Zt. oder hat es eine Zahnspange getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind hyperaktiv oder liegt ein ADS oder Autismus vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? Wenn ja, wie lange und woran?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soll das Kind an regelmäßige Untersuchungen bzw. Prophylaxe erinnert werden (Recall System)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie für Ihr Kind eine Zahnbehandlung in Narkose oder Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zum Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

Die Lieblingsbeschäftigung (z.B. Sport, Tanzen, Legospielen, etc.).....

Liebingsverein und/oder Sportler (z.B. Hannover 96, Ronaldo, etc.)

Lieblingsspielzeug- oder Tier

Sonstige Angaben die aus Ihrer Sicht wichtig sind

Der Kinderarzt: Name

Stadt

Telefon

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Unterschreibt ein Elternteil allein, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil/Erziehungsberechtigte handelt oder, dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Ort / Datum

Unterschrift Eltern oder Erziehungsberechtigte/r

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB). Bei nicht eingehaltenen Narkoseterminen fallen höheren Gebühren an. Bitte sagen Sie deshalb unbedingt Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig (24 Stunden vorher) ab, damit wir entsprechend disponieren können. Wir bitten dafür um Verständnis.

Vielen Dank für Ihre Angaben!