

# Lachende Zähne - Lachende Kinder

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	Geburtstag und Ort
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Fax	Mobiltelefon
Versicherung		
privat versichert <input type="checkbox"/>	gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>

## Als Familienangehöriger mitversichert bei:

Name	Vorname	Geburtstag
Straße	PLZ/Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  Kindergarten | Kita  Telefonbuch  Internet | Zeitung

Empfehlung von .....  Überwiesen durch .....  
Kinderarzt | KFO | Zahnarzt

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

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

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

Hausarzt	Ort	Telefon
----------	-----	---------

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

- Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche ja  nein
- Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen ja  nein
- Erkrankungen der Leber oder Niere ja  nein
- Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, TBC, HIV ja  nein  Welche? .....
- Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselkrankheiten ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen oder andere Blutkrankheiten ja  nein
- Epilepsie (Krampfanfälle) ja  nein
- Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung ja  nein
- Probleme beim Sprechen, Hör- und Sehprobleme (Taubheit) ja  nein
- Nachgewiesene Allergien ja  nein
- Welche bzw. auf was? ..... Allergiepass seit: .....

- Lernschwäche/AD(H)S ja  nein
- Erhöhter oder zu niedriger Blutdruck ja  nein  zu hoch  zu niedrig
- Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja  nein

- Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? ja  nein
- Welche? .....
- Sind Sie an  Lachgas  Narkose oder  Hypnose interessiert?

## Ernährung

- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ja  nein
- Wie lange?  immer noch?
- Was war/ist in der Flasche?
- Isst Ihr Kind viel Süßes? ja  nein
- Bekommt Ihr Kind Fluorid-Präparate?  Zahnpasta?  fluoridiertes Speisesalz?  Fluoridtabletten

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?

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung die Reaktionsfähigkeit und 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 mundduett 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, je angefangene halbe Stunde mit 80,- EURO, 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.

VIELENDANK Ihr Praxis-Team!

Ort / Datum

Unterschrift