

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen (mindestens 50 €). Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung)

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
E-Mail		

Versicherung

Wie ist Ihr Kind versichert?

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/>	Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

Service

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit sich von uns an Ihren Termin oder an die alljährliche Kontrolle (Recall) erinnern zu lassen.

Wählen Sie:

Terminerinnerung	<input type="checkbox"/>	Recall	<input type="checkbox"/>
Per SMS	<input type="checkbox"/>	E-Mail	<input type="checkbox"/>



Eigene Dokumente: Anamnesbogen ZA Kind 08.06.2022

anamnesbogen za kind 13.06.2019

Name: _____ Vorname: _____

Ja Nein

Wird zurzeit eine **ärztliche** Behandlung durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? _____

Hat das Kind zurzeit eine möglicherweise ansteckende Krankheit?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? _____

Leidet oder litt das Kind an einer der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Herz- oder Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> | Rachitis | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Erkrankung des blutbildenden Systems | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> | | |

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführten Erkrankungen:

Welche Medikamente hat das Kind innerhalb der letzten 6 Monate eingenommen?

Ist bei dem Kind eine Allergie bekannt oder besteht der Verdacht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wogegen? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass?

Hat das Kind Probleme mit der Nasenatmung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Aufgrund von Asthma | <input type="checkbox"/> | häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> |
| Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> | Schnarchen | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja:

Andere Ursachen: _____

Wurden Hals-,Nasen-,Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? **Wenn ja:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Gaumenmandeln | <input type="checkbox"/> | Rachenmandeln (Polypen) | <input type="checkbox"/> |
| Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> | Schnarchen | <input type="checkbox"/> |

Andere: _____

Im wievielten Lebensmonat erschien der erste Zahn (Milchzahn)? _____

Wurden Milchzähne längere Zeit vor dem Durchbruch ihrer Nachfolger gezogen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind bereits bleibende Zähne gezogen wurden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hat das Kind gelutscht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, was?

- | | | | |
|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Daumen | <input type="checkbox"/> | Schnuller | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|

Sonstiges _____

Wie lange? _____

Beißt das Kind gewohnheitsmäßig auf

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- | | | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Lippe | <input type="checkbox"/> | Nagel | <input type="checkbox"/> | Bleistift | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-----------|--------------------------|

Sonstiges _____

Hat oder hatte das Kind einen Sprachfehler?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche Art von Störung? _____

Hatte das Kind jemals einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	MB	08.06.2021	freigegeben	1.1.2	08.06.2023	2 / 3

Eigene Dokumente: Anamnesbogen ZA Kind 08.06.2022

anamnesbogen za kind 13.06.2019 _____

Wenn ja, wann? _____ mit

Zahnverletzungen Zahnverlusten Kieferbrüche

Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

--	--

Wenn ja, welche Zähne? _____

Hat das Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei weiter Mundöffnung?

--	--

Knirscht das Kind mit den Zähnen?

--	--

Wurde das Kind innerhalb der letzten 12. Monate im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?

--	--

Wenn ja, welche Art von Aufnahme und wann? _____

Welche Sportarten betreibt das Kind? _____

Möchten Sie Informationen über die Benutzung eines Mundschutzes bei verschiedenen Sportarten?

--	--

Spielt das Kind ein Blasinstrument?

--	--

Fluoridanamnese:

Kinderzahnpaste mit Fluorid Fluoridiertes Salz Fluoridtabletten

Zähne putzen beim Kind Stillen

Sonstige Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!

Scheeßel, den _____

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

 Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	MB	08.06.2021	freigegeben	1.1.2	08.06.2023	3 / 3