

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Eltern,

Bevor wir uns in Ruhe über die zahnmedizinischen Wünsche Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 SGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Unsere Praxis wird noch dem Bestellsystem geführt, d. h. für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um Ihrem Kind unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir einen längeren Termin. Das bedeutet aber auch, dass Sie bei Verhinderung bitte rechtzeitig, spätestens aber 48 Stunden vorher absagen, damit diese Zeit von einem anderen Patienten genutzt werden kann. Ansonsten müssen wir Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen.

HINWEISE FÜR PRIVATPATIENTEN

In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der GOZ/GOA abgerechnet. Der zu berechnende Faktor liegt zwischen dem 1,0- und 3,5-fachen Satz und richtet sich nach Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad. Erstattungseinschränkungen durch Ihren Ersteller können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Für Laborleistungen wird die BEB-Liste zugrunde gelegt. Aus organisatorischen Gründen erfolgt die Abrechnung über eine ärztliche Abrechnungsstelle.

HINWEISE FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Bei Nichtvorlage der Krankenkassenkarte muss diese spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht werden, andernfalls müssen wir die Behandlung privat abrechnen, womit Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Datum & Unterschrift

Ihre persönlichen Daten

PATIENT

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

VERSICHERTER

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Stadt

Arbeitgeber

Beruf

Tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern:

Privat

Beruflich

Mobil

E-Mail-Adresse

Versicherung / Krankenkasse Ihres Kindes

Ich bin im PKV-Standard-Tarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Möchten Sie unseren kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) in Anspruch nehmen?

Anruf

SMS

E-Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Leidet Ihr Kind an irgendwelchen Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzfehler / Herzerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Augenerkrankung |
| <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) |
| <input type="radio"/> Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Geistige Behinderung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Asthma / Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Allergien / Unverträglichkeit von Medikamenten |
| <input type="radio"/> Hatte Ihr Kind schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion nach einer zahnärztlichen Spritze? | | |
| <input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen _____ | | |

Ernährungsgewohnheiten

- | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Isst Ihr Kind viel Süßes? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, was ist in der Flasche? | _____ | |
| Trinkt Ihr Fruchtsäfte/Schorlen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Geben Sie Ihrem Kind Fluorid Präparate (Fluoretten)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Angstanamnese

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, wodurch? | <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Spritze <input type="radio"/> Falsche Versprechungen <input type="radio"/> Festhalten <input type="radio"/> Andere Vorkommnisse | |
| Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, wovor? | <input type="radio"/> Geräusch <input type="radio"/> Instrumente <input type="radio"/> Geschmack <input type="radio"/> Berührung <input type="radio"/> Spritze <input type="radio"/> Behandlungsstuhl <input type="radio"/> OP Leuchte / helles Licht | |

Die Welt Ihres Kindes

Lieblingskuscheltier (Bitte mitbringen)

Lieblingstier

Lieblingsmärchen

Lieblingsbuch

Lieblingssport

Lieblingsfarbe

Lieblingsgetränk

Lieblingsessen

Endlich haben Sie es geschafft!

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen irgendwelche Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je genauer wir informiert sind, desto besser können wir auf Ihr Kind eingehen. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der übrigen Angaben mit.

Datum

Unterschrift