

Anmeldung für Kinder

Liebe Kinder, liebe Eltern!

Unser Praxiskonzept sieht vor, dass wir uns für jedes Kind und seine Behandlung individuell ausreichend Zeit nehmen können. Daher werden unsere Behandlungszeiten großzügig eingeplant.

Es kommt jedoch vor, dass wir Schmerzbehandlungen oder Zahnunfälle behandeln müssen, die vorher terminlich nicht eingeplant waren. Dadurch kann sich der Behandlungsbeginn ihres Kindes verzögern.

Wir bitten Sie in einem solchen Fall um Verständnis.

Falls Ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen kann, bitten wir Sie um rechtzeitige telefonische Benachrichtigung, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen zu einem Termin kann die ausgefallene Zeit in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank!

Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Eltern

Name

Vorname

Über wen versichert

Geburtsdatum

Anschrift

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Privat

Handy

E-Mail

Krankenkasse

Kinderarzt

Wir sind durch _____ auf Ihre Praxis aufmerksam gemacht worden.

Grund des heutigen Zahnarztbesuches _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch _____

Letztes Röntgenbild der Zähne _____

Unfälle im Mund-/Kieferbereich _____

Besteht eine Zahnarztangst _____

Bitte wenden →

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes und kreuzen Sie bestehende Erkrankungen an. Details können Sie nachfolgend vermerken.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/Herzfehler | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen/-schwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Geistige Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Besonderheiten |

Welche Fluorid-Präparate werden zu Hause benutzt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluorid-Zahnpasta | <input type="checkbox"/> Fluorid-Tabletten | <input type="checkbox"/> Fluorid-Speisesalz |
| <input type="checkbox"/> Fluorid-Gelée | <input type="checkbox"/> Fluorid-Mundspüllösung | |

Nimmt Ihr Kind einen Schnuller? nein ja nachts am Tag

Lutscht Ihr Kind am Daumen? nein ja nachts am Tag

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____

Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? nein ja

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Was Ihr Kind mag

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen für uns oft hilfreich.

Lieblingsspielzeug _____

Lieblingsbeschäftigung _____

Lieblingssessen _____

Lieblingsbuch _____

Lieblingsfernsehsendung _____

das mag unser Kind nicht _____

Ich möchte, dass wir halbjährig an weitere Kontrolluntersuchungen erinnert werden (Recall-System)?

Ja: per E-Mail per Post
 per SMS an Telefonnummer: _____

Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.
Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien, sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Datum