ZahnarztpraxisBenedix

... damit Sie gern zum Zahnarzt gehen.

Anmeldebogen mit Anamnese für Kinder

Patient

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon | Mobil

E-Mail

Krankenversicherung

Krankenkasse | Zusatzversicherung

Über wen ist Ihr Kind versichert?

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Kinderarzt

Name

Telefon

Facharzt

Name

Telefon

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis:

Wir bemühen uns, die Wartezeiten in unserer Praxis für Sie so kurz wie möglich zu halten. Deshalb arbeiten wir mit einem Bestellsystem, so dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine feste Termine sind. Wir halten uns nur für die Behandlung Ihres Kindes diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 120,- € pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Behandlungsstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Sehr geehrte Eltern!

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und alle von ihm eingenommenen Medikamente informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Die Angaben sind natürlich freiwillig. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Mit Ihren Angaben gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Leidet Ihr Kind an ansteckenden Krankheiten?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, an welchen? _____		
Leidet Ihr Kind an Herzkrankheiten? Hatte es Operationen am Herzen?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihr Kind Herz- oder Kreislaufbeschwerden?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihr Kind Allergien?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche? _____		
Neigt Ihr Kind zu Blutungen (Blutkrankheit)?	☐ ja	☐ nein
Leidet Ihr Kind an Diabetes?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?	☐ ja	☐ nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche? _____		
Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?	☐ ja	☐ nein
Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten mindestens 2x täglich?	☐ ja	☐ nein
Putzt sich Ihr Kind seine Zähne schon selbständig?	☐ ja	☐ nein
Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta für Ihr Kind?	☐ ja	☐ nein
Verwenden Sie bei Ihrem Kind regelmäßig zusätzliche Fluoride (z.B. Gele oder Spülungen)?	☐ ja	☐ nein
Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz?	☐ ja	☐ nein
Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?	☐ ja	☐ nein
Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Speisen und Getränke nach dem abendlichen Zähneputzen zu sich?	☐ ja	☐ nein

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht und den Hinweis zur Terminvereinbarung und Terminabsage verstanden habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Datum	**Änderungen**	**Unterschrift**
_____	☐ ja ☐ nein	_____
_____	☐ ja ☐ nein	_____
_____	☐ ja ☐ nein	_____