

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben, die wir in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

versichert über:  Vater  Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Sie gesetzlich versichert  oder privat versichert ?  
 Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja /  nein Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja /  nein

Die für Sie erbrachten Privatleistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

**Wie möchten Sie Ihre Rechnungen zahlen?**

über die Abrechnungsgesellschaft (Gesamtrechnung)  nach jeder Behandlung (bar oder ec)

Wer hat Sie an uns überwiesen/ empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bei welchem Kinderarzt ist Ihr Kind in Behandlung?

Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen durchgemacht oder hat es noch (z.B. Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, etc.)?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?

Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Nesselfieber, Hautausschläge Asthma)?

Ist Ihr Kind hyperaktiv oder liegt ein ADS o.ä. vor?  ja /  nein

Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden?  ja /  nein

Wenn nein, was möchten Sie verändert haben?

Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen etc.)

Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet?  ja /  nein

Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch?  ja /  nein

Wenn ja, wie lange und woran (Daumen, Schnuller, ..)

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt, bzw. hat es die Nuckelflasche bekommen?

Trinkt Ihr Kind noch aus Nuckelflaschen, Trinklernbechern (Schnabeltassen) oder Sportflaschen?

Wenn ja, wie oft, wie lange und was?

Wie häufig putzt sich Ihr Kind die Zähne? Womit? Putzt Ihr Kind allein?

Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form?

ja /  nein

Zahnpasta  Tabletten  Gele  Salz

Mineralwasser

Möchten Sie, dass wir Sie an die Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern?

ja /  nein

- per SMS (Bitte geben Sie Ihre Handynummer an!)

ja /  nein

---

### Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zu Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

Kosename Ihres Kindes

Geht Ihr Kind in:  Kindergarten oder  Schule

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  ja /  nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?  ja /  nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat es dort gemacht?

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt?  ja /  nein

Die Welt Ihres Kindes:

Lieblings-Beschäftigung

Lieblings-Eis

Lieblings-Tier

Lieblings-Kuscheltier

Lieblings-Buch

Hobby(s)

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten der entstandenen Schaden in Rechnung gestellt werden kann (Ausfallhonorar gemäß §§ 615,293 BGB).

Datum

Unterschrift