



Patient Kind Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
 Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift PLZ _____ Ort _____
 Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Name des Kinderarztes _____

Anschrift des PLZ _____ Ort _____
 Kinderarztes Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Erziehungsberechtigt: Vater _____ (Name) Mutter _____ (Name) Beide

Evtl. abweichende Anschrift der Eltern _____

ALLGEMEINE SITUATION

ja / nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?
 Asthma, Atemnot
 Herzerkrankungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Genetische Erkrankungen
 Tumore
 Blutgerinnungsstörungen
 Epilepsie (Krampfanfälle)
 Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)
 Allergien? Wenn ja, welche? _____
 Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein?
 Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt
 Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?
 Was ist der Grund des heutigen Besuches?

 Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

 Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

- Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

VIELEN DANK

Datum _____ Unterschrift _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.