

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon- Privat _____ Handy _____

Fax- Privat _____ E-Mail _____

Mutter

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Vater

Name: _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Versichert über Vater Mutter

Versicherung

Kasse _____

freiwillig versichert pflichtversichert

Privat _____

Erziehungsberechtigte

Vater Mutter Sonstige: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Asthma (schwere Atemnot)
 - Diabetes
 - Rheuma
 - Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Bluterkrankungen
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Blutgerinnungsstörungen
 - HIV- Infektion
 - Hörstörungen
 - Tuberkulose
 - Nierenerkrankungen
 - Leberkrankheiten, Gelbsucht
 - Hepatitis A, B oder C
 - Lähmungen, wenn ja, welche _____
 - Lungenerkrankungen
 - Nervenerkrankungen
 - Magen-Darm-Erkrankungen
 - Geistige Verzögerung
 - Geistige Behinderung
 - Lernbehinderung
- Nein es trifft nichts zu

Hat Ihr Kind allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Materialien oder Medikamenten?

- Ja _____
- Nein _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja, _____
- Nein _____

Verlief die Schwangerschaft normal?

- Ja _____
- Nein _____

Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten?

- Ja _____
- Nein _____

Wenn ja, in welchem Alter? _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

- Ja _____
- Nein _____

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?

- Ja _____
- Nein _____

War es schon einmal im Krankenhaus?

Ja _____ Nein _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

Ja _____ Nein _____

Krankengeschichte der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja _____ Nein _____

Wenn ja, welche? Mutter: _____
Vater: _____

Neigen Sie zu:

Karies	Vater <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>
Zahnstein	Vater <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>
Zahnfleischbluten	Vater <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>
Zahnarztangst	Vater <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>

Gibt es Gründe warum Sie sich speziell für unsere Praxis entschieden haben?

Ja _____

Nein

bzw. Wer hat uns empfohlen ?

Allgemeine Informationen zur Abrechnung unserer zahnärztlichen Leistungen

Privatzahnärztliche- und Leistungen, die nicht über die Krankenversicherungskarte abgedeckt sind, werden von uns über die Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft verwaltet. Für diesen Vorgang benötigen wir Ihr Einverständnis. Ein entsprechendes Formular haben wir beigelegt. Die Kopie behalten Sie bitte für Ihre privaten Unterlagen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Praxisinterne Hinweise

Terminvereinbarungen bzw. Stornierungen

Sollten Sie ihre vereinbarten Termine nicht einhalten können möchten wir Sie bitten, uns dieses rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) mitzuteilen. Sie geben uns damit die Gelegenheit, rechtzeitig umzudisponieren und eventuell Ausfallzeiten zu vermeiden.

Für fest vereinbarte Termine, die ohne Absage versäumt werden, berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe der jeweils geplanten Behandlung. Diese Regelung gilt ebenfalls für die vereinbarten Termine zur professionellen Zahnreinigung. (für unverschuldetes Nichterscheinen entfällt diese Regelung)

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten