



Zahnarztpraxis

Dr. Stephanie Eder

Uferstraße 4 - 89522 Heidenheim

Telefon: 07321 / 276827 - Email: praxis@stephanie-eder.de

Internet: www.stephanie-eder.de

Terminwunsch

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Vormittag früh					
Vormittag spät					
Nachmittag früh					
Nachmittag spät					
Abend					

Anmeldebogen für Kinder

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

1. Persönliche Daten

Patient (Familierversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Wohnort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

Mobil: _____

Email: _____

Email: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

pfl. versichert: Ja / Nein

Tel. Arbeit: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja / Nein

Wer soll die Rechnung erhalten? _____

Wer ist Ihr Hausarzt / Kinderarzt? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

2. Ärztliche und zahnärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind die folgenden Befunde/ Beschwerden/ Krankheiten:

Allergien: _____ Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) Ja

Herzfehler mit Endokarditisrisiko Ja Leukämie Ja

Epilepsie Ja

ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose,...) _____ Ja

Welche Medikamente musste Ihr Kind einnehmen? _____

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen? Ja / Nein

Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? Ja / Nein

3. Häusliche Mundhygiene

Wie oft betreibt Ihr Kind, oder Sie mit Ihrem Kind am Tag Mundhygiene? _____ mal
Reinigt Ihr Kind, oder Sie mit Ihrem Kind die Zahnzwischenräume? Ja / Nein

4. Ernährung

Wie oft am Tag nimmt Ihr Kind Mahlzeiten / Getränke zu sich? _____ mal
Wie oft täglich nimmt Ihr Kind Zucker zu sich? _____ mal
(bitte denken Sie auch an Müsliriegel, Joghurt, Getränke, usw.)?
Trinkt Ihr Kind abends / nachts andere Flüssigkeiten als Wasser? Ja / Nein

5. Fluoride

Nimmt Ihr Kind Fluorid- Tabletten? Ja / Nein
Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? Ja / Nein
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

6. Recall

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie, bzw. Ihr Kind regelmäßig an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin.
Sind Sie an unserem Recallsystem interessiert? Ja / Nein
Wenn Ja, lieber per Post oder per Email Post / Email

7. Unkostenausgleich bei nicht eingehaltenen Terminen

Wie Sie an unseren kurzen Wartezeiten merken werden, sind wir stets bemüht, Termine gut abzusprechen und genau passend für Sie, bzw. Ihr Kind Zeit zu reservieren.
Dies bedeutet jedoch bei einer kurzfristigen Absage, dass in dieser Zeit kein anderer Patient behandelt werden kann. Da die Krankenkassen nur erbrachte Leistungen bezahlen, stellen wir Ihnen nach § 611ff, insbesondere § 615 S.1 BGB, bei weniger als 24 Stunden vorher abgesagten Terminen einen Betrag von EUR 20 pro halbe Stunde einplante Termindauer privat in Rechnung. Diese Regelung gilt laut BGB auch bei Krankheit, schlechtem Wetter usw.)
Bitte sagen Sie Ihre Termine, bzw. Die Ihres Kindes rechtzeitig ab, Sie helfen uns damit, die gewohnten kurzen Wartezeiten beizubehalten.
Ich habe die Regelung zum Unkostenausgleich gelesen und bin damit einverstanden Ja

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

, den

Unterschrift / Erziehungsberechtigter