

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis,

und vielen Dank dafür, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Unser Anliegen ist es, den Zahnarztbesuch für ihr Kind so angenehm wie möglich zu gestalten und zu einer positiven Erfahrung zu machen. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns dabei unterstützen. Nur durch eine gute Zusammenarbeit ist eine erfolgreiche und angenehme Behandlung möglich.

Um uns besser auf Ihr Kind und dessen Bedürfnisse einstellen zu können, benötigen wir ein paar wichtige Informationen. Am besten beantworten Sie die folgenden Fragen in Ruhe im Vorfeld zu Hause, um die Wartezeit für Ihr Kind so kurz wie möglich zu halten. Beachten Sie bitte auch unsere „Tipps für Eltern“ um Ihr Kind optimal auf den Zahnarztbesuch vorzubereiten.

Natürlich unterliegen Ihre Daten und Angaben und die Ihres Kindes der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Die Daten Ihres Kindes:

Name, Vorname: _____

Kosenname oder Spitzname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Ihre Versichertendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Ihre Krankenversicherungsdaten (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

gesetzlich versichert bei: _____

pflichtversichert freiwillig versichert private Zahnzusatzversicherung

privat versichert bei: _____

Basis-/Standardtarif beihilfeberechtigt

Hauptversicherte/-r (Name, Geburtsdatum, Anschrift):

Die Rechnung geht an den Hauptversicherten oder alternativ an:

auf der nächsten Seite geht es weiter....

Die Gesundheitsangaben Ihres Kindes (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- Herz- / Kreislaufkrankungen Herzschrittmacher / künstlicher Herzklappenersatz
- hoher / niedriger Blutdruck Blutgerinnungsstörungen, blutverdünnende Medikamente?
- HIV Hepatitis A, B, C Tuberkulose
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma) Diabetes (welcher Typ ?) Asthma
- Schilddrüsenerkrankung Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung
- Glaukom (grüner Star) Nierenerkrankung
- psychische Erkrankung Anfallsleiden (z.B. Epilepsie, Migräne)
- Liegen Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Medikamente vor ? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig oder in letzter Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Liegen sonstige Allgemeinerkrankungen vor? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind Fluoretten oder ähnliche Fluoridpräparate ein? Wenn ja, wann und welche?

Der Zahncheck (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- Kommt Ihr Kind zu einer Routineuntersuchung?
- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn ja, wann war das und wurde schon mal eine Behandlung durchgeführt?

Liegen aktuelle Röntgenbilder der Zähne / des Kiefers vor? Wenn ja, wann wurden diese Aufnahmen von welchem Kollegen angefertigt?

Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei welchem Kollegen?

Hat Ihr Kind schon mal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Wenn ja, vor was genau?

Was genau sind Ihre Erwartungen an uns?

Putzt sich Ihr Kind regelmäßig selbst die Zähne? Putzen Sie nach?

auf der nächsten Seite geht es weiter....

Fragen zum Kennenlernen

An welchem Ort entspannt sich Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was kann Ihr Kind am besten?

Welche 3 Dinge würde Ihr Kind auf eine einsame Insel mitnehmen?

Welches Hobby hat Ihr Kind?

Gibt es schon einen Berufswunsch?

Liebblings-Comic

Liebblings-Märchen

Liebblings-Heldenfigur

Liebblings-Spiel

Liebblings-Tier

Liebblings-Getränk

Liebblings-Essen

Liebblings-Nachtsch

Liebblings-Farbe

Liebblings-Buch

Liebblings-Musik

Liebblings-Freund/-in

Liebblings-Star

Liebblings-Land

Liebblings-Fach

Was sollten wir Ihrer Meinung nach noch wissen?

Welche Frage fehlt Ihrer Meinung nach noch?

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein Ihren Termin einzuhalten, möchte wir Sie bitten, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei wiederholtem, unentschuldigtem Nichteinhalten Ihres Termins behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und Daten. Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern:

Ich bin einverstanden per SMS oder E-Mail an an Termine meines Kindes erinnert zu werden.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern:
