

Zahnarztpraxis Claudia Kerber

Wir heißen Ihr Kind herzlich Willkommen
in unserer Praxis!

Liebe Eltern, unser Praxisteam möchte den Aufenthalt Ihres Kindes in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihrem Kind einige Angaben. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Name, Vorname des Kindes: _____

Kosenamen des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Tel. privat: _____ Mobiltelefon: _____

Email: _____ Beruf, Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie versichert? (bitte ankreuzen)

Krankenversicherung - Kassenname:

PFLICHTVERSICHERT in der gesetzlichen Versicherung

FREIWILLIG VERSICHERT in der gesetzlichen Versicherung

PRIVATVERSICHERT

BEIHILFE bzw. PRIVAT ZUSATZVERSICHERT

Gesundheitsfragen:

Steht Ihr Kind in dauernder ärztlicher Behandlung? Wenn ja warum? Anschrift Ihres Kinderarztes:

Nimmt Ihr Kind gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Mein Kind geht in: den Kindergarten Schule andere

Mein Kind geht in: die Musikschule zum Ballett Sport andere

Liegen negative Vorerfahrungen bei Ärzten/ Zahnärzten vor?

Hat Ihr Kind irgendwelche Vorlieben?

z.B. Lieblingscomic, Lieblingsmärchen, Lieblingsbeschäftigung, Lieblingsfarbe?

Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z.B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt)

Vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen. Vielen Dank. →

Krankheiten: (bitte ankreuzen)

Hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten bzw. Sonstige? : _____

Ja/ Nein

Asthma

Diabetes

Ja/ Nein

Herz/Kreislaufkrankung

Blutgerinnungsstörungen

Ja/ Nein

Epilepsie

HIV-Infektion

Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit:

Ja

Nein

Wenn ja welche?: _____

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Röntgen: (bitte ankreuzen)

Wurde ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Mund – Kopf – Kieferbereich geröntgt?

Ja

Nein

Hatte Ihr Kind jemals eine Strahlentherapie im Kopf- Halsbereich erhalten?

Ja

Nein

IHRE WÜNSCHE AN UNS bzw. die Ihres Kindes:

WODURCH ODER DURCH WEN WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

VORSORGESERVICE / ERINNERUNGSSYSTEM

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an meinen nächsten empfohlenen Termin erinnern, um eine regelmäßige Kontrolle zu gewährleisten. Dieser Erinnerungsservice ist für mich unverbindlich. Ich kann jederzeit davon zurücktreten.

Bitte unterschreiben Sie für diesen Service extra:

Ort, Datum

Unterschrift

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir halten in unserer Praxis für Ihre Behandlung Termine frei, die speziell für Sie reserviert sind. Sollten Sie diese Termine einmal nicht einhalten können, erbitten wir rechtzeitige Absage.

Wir behalten uns vor, Termine die nicht rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.

Änderungen zu meinen Angaben werde ich Ihnen stets mitteilen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich bin darüber informiert und einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift