



# Hallo und herzlich Willkommen

im Ersten Zahnmedizinischen Zentrum Frankfurt.

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Bitte beantworten Sie uns zunächst einige Fragen, damit wir Ihr Kind besser kennen lernen und unsere Behandlung individuell auf seine Bedürfnisse abstimmen können.

## Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Personalien

#### Patient

- Mädchen  
 Junge

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

„Spitzname“ \_\_\_\_\_ Geschwister:  Ja  Nein

Hobbys, Tiere, besondere Interessen \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherten

- Mutter  
 Vater

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Straße, Nr., PLZ, Ort

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

Handy Nr. \_\_\_\_\_

Email Adresse \_\_\_\_\_

Eltern getrennt lebend  Ja  Nein

Wenn Adresse abweichend:

- Mutter  
 Vater

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Straße, Nr., PLZ, Ort

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse  gesetzlich  privat \_\_\_\_\_

Ihr Kind ist versichert mit  Mutter  Vater  EU-Versicherung

#### Für Kassenpatienten:

Wir brauchen die Gesundheitskarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Ihr Kind als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

betreuender Kinderarzt \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch  Internet  Gelbe Seiten  Praxisschild  durch Bekannte \_\_\_\_\_

betreuender Kinderarzt  durch Zahnarzt \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Ich möchte, dass mein Kind in das Recall-System aufgenommen wird und wir eine telefonische Erinnerung zur halbjährlichen Terminvereinbarung erhalten.

Bitte wenden!

# Die Gesundheit Ihres Kindes

ist uns wichtig! Beantworten Sie uns daher bitte auch folgende Fragen

Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind bei Ihrem Kind jemals Herzfehler und/ oder ungewöhnliche Herzgeräusche festgestellt worden? Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	
Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hat Ihr Kind Allergien? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Waren jemals Krankenhausaufenthalte notwendig? Falls ja, wann und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hat Ihr Kind eine körperliche oder geistige Behinderung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen: <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herzprobleme
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC)		<input type="checkbox"/> Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> Nierenprobleme	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> Spastiken	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> sonstige _____	

## Die Zähne Ihres Kindes

und alles, was dazu gehört, interessiert uns besonders! Auch hierzu haben wir Fragen:

Der Grund Ihres heutigen Besuches: _____		
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____		
Wurden Röntgenbilder von den Zähnen Ihres Kindes angefertigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt? _____		
Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinkt ihr Kind noch aus der Flasche, einem Schnabel- oder Trinklernbecher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### **Behandlungseinwilligung:**

Ich stimme der zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlung meines Kindes, einschließlich des Gebrauches notwendiger und empfehlenswerter Lokalanästhetika, Lachgas, Beruhigungsmittel, Röntgen und sonstiger diagnostischer Maßnahmen durch Dr. Topf und Dr. Arab, sowie deren Mitarbeiter zu.

### **Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sind. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

### **Datenschutz:**

**Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind auf unserer Praxis-Webseite sowie an der Rezeption jeder Zeit einsehbar.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zum Informationsaustausch zwischen unserer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis und der kieferorthopädischen Praxis von E. Jahn.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift