



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"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> Nierenprobleme	<input type="checkbox"/> Polypen	<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



Einverständniserklärung für die Behandlung privat krankenversicherter Patienten

Ich/ wir wurde(n) heute im Ersten Zahnmedizinischen Zentrum Frankfurt über die geplante Behandlung meines/ unseres Kindes informiert.

Nach Abschluss der Behandlung werden die zahnärztlichen Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach dem jeweiligen Zeitaufwand, der Schwierigkeit und ggf. besonderen Umständen der Behandlung in Rechnung gestellt. Bei Überschreiten des 2,3 fachen Gebührensatzes der GOZ bzw. des 1,8 fachen Satzes der GOÄ werden in der Rechnung behandlungsbezogene Begründungen ausgewiesen.

Sollte es Probleme bei der Erstattung geben, wird die Praxis mich/ uns im Rahmen ihrer Möglichkeiten in der Durchsetzung berechtigter Ansprüche unterstützen. Auf das Erstattungsverhalten einzelner Versicherungsunternehmen kann die Praxis jedoch keinen Einfluss nehmen, da dieses individuell im Versicherungsvertrag zwischen den Versicherten und der Versicherungsgesellschaft festgelegt ist.

Bis zur endgültigen Klärung der Erstattung durch die private Krankenversicherung werde ich/ werden wir den Rechnungsbetrag ohne Abzüge begleichen. Wenn ich/ wir die Entscheidung des Versicherungsunternehmens über die Höhe des erstattungsfähigen Betrages nicht akzeptiere(n), steht mir/ uns der Rechtsweg offen.

Frankfurt, den _____

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten