



Willkommen im Zahnzentrum Ennigerloh!

Bevor wir uns ausführlich mit dem zahnmedizinischen Anliegen Ihres Kindes auseinandersetzen und eine individuelle Behandlungsstrategie festlegen, benötigen wir neben den Personalien auch einige Angaben zu dem allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes. Eine gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen sichert eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bahnhofstraße 5
D-59320 Ennigerloh

Praxis Fon 02524 2628-26

Labor Fon 02524 2628-24

Praxis Fax 02524 2628-25

www.zahnzentrum-ennigerloh.de
info@zahnzentrum-ennigerloh.de

» Patient:

Name des Kindes: (Vor- und Zuname) Geb.

Versicherte Person (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Vater / Erziehungsberechtigter (Vor- und Zuname) Geb.

Mutter / Erziehungsberechtigte (Vor- und Zuname) Geb.

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Rechnungsempfänger

Name: Vorname: Geb.

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

» Kinderarzt:

Krankenversicherung:

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe Basistarif

Zahnezusatzversicherung: nein ja - und zwar:

» Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch Gelbe Seiten Internetpräsenz Internet-Suchmaschine Lage der Praxis

auf Empfehlung von:

Bitte beachten Sie die nächste Seite. »»



» Gesundheitszustand des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Herzfehler Herzgeräusch Herzerkrankung Herzpass seit:
- Asthma Lungenerkrankungen Schwierigkeiten mit der Atmung
- Lernschwäche Sprachprobleme
- Geistige Behinderung Geistige Verzögerung
- Lebererkrankung Nierenerkrankung
- Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?
- Spastik veränderter Muskeltonus
- Hörprobleme Taubheit
- Sehschwäche Blindheit
- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis Tuberkulose HIV oder:
- Stoffwechselkrankheiten Diabetes
- Tumore bösartige Krankheiten
- Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich?)
- Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten?
- Hat Ihr Kind Allergien? Welche Allergien sind bekannt?
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

» Möchten Sie unseren Recall-Service in Anspruch nehmen? ja nein

Mit unserem Erinnerungsservice werden Sie rechtzeitig daran erinnert einen Vorsorge- / Prophylaxetermin zu vereinbaren.

- Wenn ja, dann per: Telefon:
- Brief:
- Mobilnummer (Terminerinnerung per SMS)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

»
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Aufklärung über Ausfallhonorar

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie Termine spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit für andere Patienten nutzen können. Sonst werden wir Ihnen die für Sie vorgesehene Zeit und die damit verbundene Vergütung in Rechnung stellen, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Wir bitten um Ihr Verständnis und sind bei Fragen dazu gerne für Sie da.

»
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten