

SAYKIN²

Zahnmedizin

SAYKIN Zahnmedizin • Schillerstraße 26 • 60313 Frankfurt am Main

Herzlich Willkommen!

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.

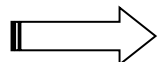
betreuender Kinderarzt _____
Name _____ Ort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch Internet Gelbe Seiten Praxisschild durch Bekannte _____

betreuender Kinderarzt durch Zahnarzt _____
Name _____ Ort _____

Bitte wenden!



Die Gesundheit Ihres Kindes

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

Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Sind bei Ihrem Kind jemals Herzfehler und/ oder ungewöhnliche Herzgeräusche festgestellt worden? Ja Nein
Endokarditis Ja Nein

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Falls ja, weshalb? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Waren jemals Krankenhausaufenthalte notwendig? Ja Nein
Falls ja, wann und weshalb? _____

Hat Ihr Kind eine körperliche oder geistige Behinderung? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <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"/> sonstige _____ | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Spastiken | <input type="checkbox"/> Tumore | | |

Die Zähne Ihres Kindes

Der Grund Ihres heutigen Besuches: _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

Wurden Röntgenbilder von den Zähnen Ihres Kindes angefertigt? Ja Nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt? _____

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Trinkt ihr Kind noch aus der Flasche, einem Schnabel- oder Trinklernbecher? Ja Nein

Ist ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Behandlungseinwilligung:

Ich stimme der zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlung meines Kindes, einschließlich des Gebrauches notwendiger und empfehlenswerter Lokalanästhetika, Lachgas, Röntgen und sonstiger diagnostischer Maßnahmen durch Herr und Frau Dr. Saykin, 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.

Datum

Unterschrift