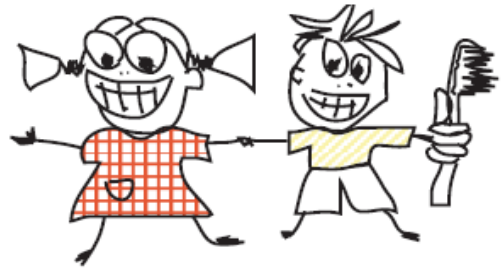


Dr. Isabell von Gymnich

Dr. Sandra Herbrig

Im Gewerbepark C27
93059 Regensburg



Anmeldebogen

--	--	--

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

--	--	--

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon/Handy

--	--	--

Versicherter: Name

Vorname

Geburtsdatum

Bei minderjährigen Patienten bitte Angabe des Vaters / der Mutter

--	--	--

Krankenkasse

freiwillig

Arbeitgeber

--	--	--

Kinderarzt: Name

Adresse

Telefonnr.

--	--	--

Überweisender Arzt: Name

Adresse

Telefonnr.

Anamnese

01. Sind bei den Eltern Allergien bekannt? Ja / Nein

02. Sind beim Kind Allergien bekannt? Ja / Nein

03. Falls Ja: Worauf hat Ihr Kind schon einmal ungewöhnlich reagiert? _____

04. Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten? Aids / Asthma / ADS / Blutgerinnungs-

störung / Diabetes / Epilepsie / Hörstörung / Hepatitis / Herzerkrankung / Lebererkrankung

Leukämie / Lungenerkrankung / Muskelschwäche / Neurodermitis / Nierenerkrankung

Tuberkulose / Rheuma / Tumor / sonstige Krankheiten: _____

05. Hat Ihr Kind eine körperliche oder geistige Behinderung? Welche? Ja / Nein

06. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach

07. Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? Ja / Nein

08. Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum? _____

09. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? _____

10. War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? Ja / Nein
11. Falls ja, bei wem? _____
12. Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? _____
13. Der Grund Ihres heutigen Besuchs? _____
14. Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? Ja / Nein
15. Falls Ja: Welche Getränke und wann? _____
16. Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind? Fluorettten / Fluoridsalz / Fluoridgel / Zahnpasta
17. Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten/ gesüßte Getränke? Ja / Nein
18. Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen? Ja / Nein

Karies ist eine heute fast 100%ig vermeidbare Krankheit. Wir möchten Ihnen helfen, Ihrem Kind rechtzeitig beizubringen, warum und wie man die Zähne richtig pflegt und wie man sich zahngesund ernähren kann. Deshalb gehen unsere Patienten mit 6 Jahren auch in die „Zahnputzschule“ (Prophylaxe). Hier wird individuell mit Ihnen und Ihrem Kind die optimale Zahnpflege besprochen und geübt, gegebenenfalls werden die bleibenden Zähne versiegelt.

Die Krankenkassen bieten für Ihr Kind im Rahmen der gesetzlichen Versorgung als Füllungswerkstoffe im Seitenzahnbereich Amalgam- oder Zementfüllungen an. Unsere Praxis hat sich gegen Amalgam-füllungen entschieden. Sie haben die Möglichkeit im Seitenzahnbereich zwischen Zementfüllungen, die die Kasse übernimmt oder hochwertigen Kunststoff-Füllungen nach Mehrkostenvereinbarung zu wählen. Dieses Material ist besonders haltbar und wir empfehlen es für bleibende Zähne und Milchzähne, die noch länger als drei Jahre bis zum Zahnwechsel brauchen. Diese Leistung wird von Ihrer Krankenkasse nur zu einem gewissen Teil übernommen, nämlich in Höhe der Kosten, die für eine Kassenfüllung anfallen. Weil das Material jedoch besser und die Verarbeitung aufwendiger ist, stellen wir Ihnen die Mehrkosten privat gemäß § 28 Abs. 2 SGB V in Rechnung. Eine ein flächige Füllung würde somit ca. 35 Euro, eine zweiflächige Füllung ca. 50 Euro kosten.

Unsere Praxis arbeitet mit Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten, müssen wir Ihnen einen Pauschalsatz von 50 Euro berechnen, bei nicht eingehaltenen Narkoseterminen sogar 200 Euro. Bitte sagen Sie deshalb unbedingt Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig (24 Stunden vorher) ab, damit wir entsprechend um planen können.

Des Weiteren werden bei meinem Kind die notwendigen Behandlungen, auch Röntgen nach Absprache mit Frau Dr. von Gymnich / Frau Dr. Herbrig / Frau Dr. Meißner/ ZA Herr Hilbig und durch unsere zahnmedizinischen Fachangestellten durchgeführt werden.

Die von uns durchgeführten Maßnahmen sind medizinisch notwendig, andernfalls sind es Wunschbehandlungen bzw. Verlangensleistungen (§ 1 Abs. 2 GOZ i.V. mit § 2, Abs. 3 GOZ), die mit Ihnen vorher vereinbart werden und als solche in der Liquidation gekennzeichnet sind.

Ich habe alle Informationen gelesen und bin damit einverstanden.

Regensburg, den _____ Unterschrift _____

Für Privatpatienten erfolgen Honorarabrechnungen auf Grundlage der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Fehlende oder kürzende Kostenerstattung durch Versicherungen oder Beihilfestellen ändern daher nichts an dem durch die GOZ vorgegebenem Honorar. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden auch bei fehlenden oder kürzenden Kostenerstattungen durch Ihre Versicherung und/oder Beihilfestelle die von uns in Rechnung gestellten Positionen vollständig zu bezahlen.

Sind Sie Basistarif versichert? Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Regensburg, den _____ Unterschrift _____