

Dr. Isabell von Gymnich
Dr. Sandra Herbrig

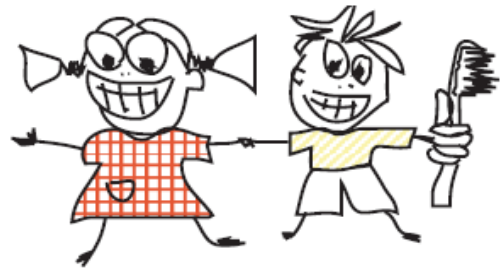
Im Gewerbepark C27

93059 Regensburg

Tel.: 0941 4614014

www.kinderzahnfee.de

info@kinderzahnfee.de



Anmeldebogen

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon/Handy

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Versicherter: Name

Vorname

Geburtsdatum

Bei minderjährigen Patienten bitte Angabe der Mutter / des Vaters

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Krankenkasse

Arbeitgeber

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Kinderarzt: Name

Adresse

Telefonnr.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Überweisender Arzt: Name

Adresse

Telefonnr.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

o Arzt/ Bekannte _____ o Internet /Telefonbuch o sonstige _____

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 / Syndrome / 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? Fluoretten / 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.

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 umplanen 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/ Frau Dr. Haas / Frau ZÄ Weigl / Frau ZÄ Erbe 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 den Anmeldebogen aufmerksam gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Außerdem bin ich mit der Weitergabe der medizinischen Daten (Röntgen, Befunde etc.) an Kollegen zur weiterführenden Behandlung einverstanden.

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

Sorgerecht haben beide Eltern: Ja Nein

Sorgerecht: Mutter _____ Vater _____ andere: _____
Name/Amt

Regensburg, den _____ Unterschrift _____

Achtung: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt