

MVZ Dentologicum und ZMVZ Dentologicum 275 in üBAG GbR



DENTOLOGICUM



DENTOLOGICUM 275

Patient/-in Nr.

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus: (Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt)

PATIENT/-IN:

Nachname Vorname Geb.-Datum / Geb.-Ort

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil-Nr.:

Krankenkasse:
(bei privaten Krankenkassen bitte auch den Namen der Gesellschaft angeben)

- Zusatzversichert bei:
- Kostenerstattung bei:
- Beihilfeversichert bei:

HAUPTVERSICHERTE/-R:

Nachname Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil-Nr.:

RECHNUNGSANSCHRIFT (falls abweichend von Hauptversicherte/-r ist):

Nachname Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen:



ERZIEHUNGSBERECHTIGUNG:

Erziehungsberechtigter: beide Mutter Vater

Gibt es einen Betreuer (Familienhilfe) / gesetzlichen Vormund? (Nachweis erforderlich)

- Nein Familienbetreuer:
- gesetzlicher Vormund:

Terminvergabe

Unser MVZ und ZMVZ werden nach einem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, falls erforderlich, die mit Ihnen vereinbarten Termine **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Bei **nicht rechtzeitiger Absage**, werden Ihnen pro reservierte Behandlungsstunde **150,- Euro in Rechnung gestellt**. Ein unverschuldetes Nichterscheinen bleibt davon unberührt. Der Nachweis eines geringeren oder keinen Schadens bleibt unbenommen.

Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

PERSÖNLICHES:

- Hat Ihr Kind einen Spitznamen? Nein Ja, und zwar:
- Hat Ihr Kind Geschwister? Nein Ja
- Hat Ihr Kind ein Lieblingsspielzeug/-Kuscheltier? Nein Ja, und zwar:

BETREUENDER KINDERARZT:

.....

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Im Bedarfsfall darf der Kinderarzt kontaktiert werden? Nein Ja

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft/Geburtsgewicht? Nein Ja, und zwar:

Ist Ihr Kind geimpft? Nein Ja
Wieviel wiegt Ihr Kind? kg

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? Kontrolle Schmerzen
 Kieferorthopädische Behandlung

Ist Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? Nein Ja
 Hauszahnarzt/Vorbehandler:

.....
Welche Erfahrung hat Ihr Kind hier gemacht?
.....
.....

>>>BITTE WENDEN>>>



- Hat Ihr Kind Allergien? Nein Allergiepass vorhanden
 Ja, gegen:
- Hat Ihr Kind eine Herz-Kreislaufferkrankung? Nein
 Ja, und zwar:
- Leidet Ihr Kind an Erkrankungen der inneren Organe/des Nervensystems? Nein
 Ja, und zwar:
- Liegt bei Ihrem Kind eine Infektionskrankheit vor? Nein
 Ja, und zwar:
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Medikamentenliste vorhanden
 Ja, und zwar:
- Gibt es sonstige Besonderheiten?
(ADHS, Lernbehinderungen, Hörstörungen, geistige Verzögerungen, psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung) Nein Ja, und zwar:
.....
- Lutscht Ihr Kind, oder hat es gelutscht... Finger Schnuller Stifte Nein, nichts
- Befindet oder befand sich Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein
 Ja, bei:
- Atmet Ihr Kind hauptsächlich durch... die Nase den Mund
- Erhält Ihr Kind Fluoride?
(Tabletten, Speisesalz, Zahncreme, Fluoridgel) Nein
 Ja, und zwar:
- Putzt Ihr Kind seine Zähne alleine? Nein Ja Wie oft täglich?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
- Möchten Sie Ihr Kind in unser Erinnerungssystem aufnehmen lassen? Ja per E-Mail per SMS
 Nein per Telefon
 per Post

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Die Informationen bei Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 DSGVO sind in der MVZ Dentologicum und ZMVZ Dentologicum 275 in üBAG GbR, sowie unter „www.dentologicum.de/impressum“ für Sie einsehbar.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und informiere Sie umgehend bei Änderungen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in