

Herzlich Willkommen in der Mundschmiede „Milchzahn“

Liebe Eltern,

„Einmal Waschen, Bürsten, Föhnen, bitte!“. Ja doch, Sie sind hier richtig beim Zahnarzt. Wir lieben die Neugier und die Phantasie von Kindern! In diesem Sinne freuen wir uns, gemeinsam mit unseren kleinen, mutigen Helden und Heldinnen das große Abenteuer um „Karius und andere Bösewichte“ mit Spaß, Zauber und Spürsinn anzutreten!

Bei der Kinderzahnbehandlung verfolgen wir im Wesentlichen vier Ziele:

1. Die kleinen Patienten sollen sich bei uns rundum wohlfühlen.
2. Die kleinen Patienten sollen durch einen frühzeitig beginnenden und vor allem regelmäßigen Kontakt an die Selbstverständlichkeit angstfreier, lebenslanger Zahnvorsorge herangeführt werden.
3. Auf Basis eines individuellen Kinder-Prophylaxe-Programms sollen die kleinen Patienten die beste Chance auf die systematische Vermeidung von Karies und Entzündungsprozessen am Zahnfleisch erhalten.
4. Durch den Einsatz schonender, schmerzvermeidender Diagnostik- und Therapieverfahren sollen die kleinen Patienten Zahnbehandlungen möglichst entspannt erleben und abspeichern.

- Um Ihnen und Ihrem Kind die ersten Schritte in unsere Praxis zu erleichtern, erhalten Sie von uns gerne ein Informationsblatt mit wichtigen Hinweisen und nützlichen Tipps. Dieses Infoblatt steht Ihnen auch als Download auf unserer Internetseite zur Verfügung.
- Selbstverständlich sprechen wir sämtliche Empfehlungen, Behandlungspläne und Eingriffe mit Ihnen ab.
- Um Ihrem Kind zahnmedizinisch und persönlich die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, den vorliegenden Bogen so genau wie möglich auszufüllen und am Empfang abzugeben. Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an, wir helfen gerne weiter. Sämtliche von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht.

Wir freuen uns über Ihr Vertrauen.

Ihr Mundschmiede-Team
Christian Fritz

Wir geben
Ihrem Mund
ein Gesicht.



... und jetzt geht's los!

Persönliche Daten Kind/Patient

Name, Vorname

männlich weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, PLZ, Ort

Kind geht in Kindergarten, Schule, Klasse

Erziehungsberechtigte(r)

Sorgerecht:

Mutter Vater Sonstige _____

Mutter:

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Tel. privat

Tel. Arbeit

Tel. mobil

E-Mail

Krankenversicherung

Ist das Kind gesetzlich versichert? Ja Nein

Ist das Kind privat versichert? Ja Nein

Ist das Kind Zusatzversichert? Ja Nein

Über wen ist das Kind versichert?

Mutter Vater Sonstige _____

Wer ist Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen?

Mutter Vater Sonstige _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes Ort

Wann wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? Welches Organ?

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Vater:

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Tel. privat

Tel. Arbeit

Tel. mobil

E-Mail

vom Kind abweichende Adresse

Mit welchem Anliegen kommen Sie und Ihr Kind heute zu uns? Kontrolle Schmerzbehandlung Individualprophylaxe Sonstiges

Für diese Themen interessieren wir uns besonders: individuelle Prophylaxe (z.B. Putzschule, Fissurenversiegelung, Ernährungsberatung)

individueller Sportmundschutz Behandlung in Vollnarkose

Möchten Sie von uns an die nächste anstehende Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erinnert werden? Ja Nein

Fragen zur Zahn-Mundgesundheit

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein
wenn Ja, wann zuletzt _____

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch?
 positiv neutral ängstlich

Hat Ihr Kind bereits negative Erfahrungen in Zusammenhang
mit einem Zahnarztbesuch gemacht? Ja Nein
wenn Ja, welche _____

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? Ja Nein

Schnullert Ihr Kind oder lutscht es am Daumen? Ja Nein

Ist Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
wenn Ja, bei wem _____

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund
oder Gesicht verletzt wurden? Ja Nein

Sind bei Ihrem Kind nach zahnmedizinischen Behandlungen
schon mal ungewöhnliche Reaktionen vorgekommen
(z.B. nach Spritzen oder Medikamenten)? Ja Nein
wenn Ja, welche _____

Ernährungsfragen/ Fluoridanamnese:

Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel- Schnabel- oder Sportflasche?
 Ja Nein, wenn Ja, was _____

Wie häufig konsumiert Ihr Kind zuckerhaltige Nahrungsmittel?
 1 x täglich 2 x täglich 3 x täglich öfter

Wie häufig putzt Ihr Kind am Tag die Zähne?
 1 x täglich 2 x täglich 3 x täglich

Konsumiert Ihr Kind fluoridhaltige(s):
 Zahnpasta Speisesalz Tabletten

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Befindet sich Ihr Kind in ständiger ärztlicher Behandlung?
 Ja Nein, wenn Ja, bei wem _____

Wurden bei Ihrem Kind folgende Symptome oder Krankheiten festgestellt?

Besitzt Ihr Kind einen Herzpass? Ja Nein
 Herzerkrankungen Herzfehler
 Ja Nein, wenn Ja, welche _____

Probleme beim Hören, Sprechen, Sehen Ja Nein

Lernschwäche / AD(H)S Ja Nein

Geistige Beeinträchtigung Ja Nein

Gehbehinderung Ja Nein

Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle Ja Nein

Diabetes / Stoffwechselerkrankungen Ja Nein

Erkrankungen von Leber oder Niere Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen / andere Blutkrankheiten Ja Nein

Genetische Erkrankungen / Syndrome? Ja Nein
wenn Ja, welche _____

Infektionskrankheiten

HIV Ja Nein

Hepatitis (A, B, C) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Sonstige Krankheiten? _____

Spezielle Gesundheitsfragen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein
wenn Ja, welche _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein

Ist Ihr Kind gegen bestimmte Medikamente oder Substanzen allergisch
(z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika)?
 Ja Nein, wenn Ja, gegen welche? _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja Nein

Elternanamnese:

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Sind Sie anfällig für Karies? Ja Nein

Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? Ja Nein

Neigen Sie zu Zahnstein? Ja Nein

Wählen Sie einfach aus, zu welchem/n Punkt(en) Sie uns ein Stichwort geben möchten, damit wir einen besseren Zugang zu der Welt Ihres Kindes bekommen:

Liebblings-Beschäftigung _____

Liebblings-Tier _____

Liebblings-Essen _____

Liebblings-Kuscheltier/-puppe _____

Liebblings-Sport _____

Liebblings-Schulfach _____

Liebling-Star _____

Zuletzt noch in eigener Angelegenheit

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Zeitungsanzeige Internet Telefon-/Branchenbuch

Persönliche Empfehlung, wenn ja von: _____

Waren Sie in der Vergangenheit schon mal bei Herrn Fritz in Behandlung? Ja Nein

Haben Sie sich vor dem Besuch unsere Internetseite angeschaut? Ja Nein

Und nun danken wir Ihnen herzlich für Ihre Angaben und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Für Tipps und konstruktive Anmerkungen sind wir jederzeit dankbar. Gerne können Sie unsere Praxis auf der Internetplattform www.jameda.de öffentlich bewerten.

Ihr Mundschmiede-Team
Christian Fritz

Organisatorische Hinweise

- Unsere Praxis ist als Bestellpraxis organisiert. Das bedeutet, dass wir uns für Ihr Kind Zeit nehmen und entsprechende Vorbereitungs- und Behandlungszeiten für Sie reservieren. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie den Termin bitte im eigenen Interesse an einem reibungslosem Terminmanagement mindestens 24 Stunden vorher ab. Ansonsten haben wir ungenutzte Leerlaufzeiten und sind daran gehindert, anderen Patienten diesen Termin anzubieten. Wir behalten uns deshalb vor, nicht abgesagte, umfangreiche Terminreservierungen in Rechnung zu stellen.
- Für Kassenpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen des aktuell gültigen Bewertungsmaßstabes (BEMA) abgerechnet. Bitte beachten Sie, dass wir die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in unserer Praxis benötigen. Liegt uns diese nicht spätestens 14 Tage nach der Behandlung vor, müssen wir Ihr Kind als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.
- Für Privatpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der aktuell gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Der Faktor liegt in der Regel zwischen dem 1- und 3,5-fachen Satz und richtet sich nach dem Schwierigkeitsgrad der Behandlung. Höhere Faktoren werden wir im Voraus mit Ihnen besprechen, und Ihnen einen Kostenvoranschlag erstellen.

Hiermit bestätige ich, alle abgedruckten Praxisinformationen gelesen und verstanden sowie sämtliche Angaben nach bestem Wissen getätigt zu haben. Änderungen werde ich stets mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)