

# Anmeldebogen für Patienten



**Dr. Anne Wendt**  
ZAHNARZTPRAXIS FÜR KINDER

## PATIENT:

Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Handynummer	E-Mail- Adresse
Erziehungsberechtigter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige

## VERSICHERTER:

Name		Vorname	Geburtsdatum
(Bei minderjährigen Patienten bitte Angabe des Vaters / der Mutter)			
Name der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> ges.-pflicht <input type="checkbox"/> ges.freiwillig
Kinderarzt	Ort	Telefonnummer	
Überweisender Arzt / Zahnarzt	Ort	Telefonnummer	
Wie oder wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Sonstiges (Zeitung, Anzeigen, o. ä.)			

## Anamnese

1. Sind bei den Eltern Allergien bekannt?  Ja  Nein
2. Sind beim Kind Allergien bekannt?  Ja  Nein

Falls Ja: Worauf hat Ihr Kind schon einmal ungewöhnlich reagiert? \_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten?

- Aids  Asthma  ADHS  Blutgerinnungsstörung  Diabetes  Epilepsie
- Hörstörung  Hepatitis  Herzerkrankung  Lebererkrankung  Leukämie  Lungenerkrankung
- Muskelschwäche  Neurodermitis  Nierenerkrankung  Rheuma  Tuberkulose  Tumor  sonstige Krankheiten

4. Hat Ihr Kind eine körperliche oder geistige Behinderung?  Ja  Nein

Falls Ja: Welche? \_\_\_\_\_

5. Hatte Ihr Kind bereits Drei-Tage-Fieber / Masern / Windpocken / Scharlach  Ja  Nein  
(zutreffendes bitte unterstreichen)



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

Falls Ja: Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum? \_\_\_\_\_

7. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  Ja  Nein

Falls Ja: Welche? \_\_\_\_\_

8. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Falls Ja: Name des letzten Vorbehandlers: \_\_\_\_\_

9. Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? \_\_\_\_\_

10. Der Grund Ihres heutigen Besuchs? \_\_\_\_\_

11. Trinkt oder trank Ihr Kind aus der Flasche?  Ja  Nein

Falls Ja: Welche Getränke und wann? \_\_\_\_\_

12. Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

Fluorettten  Fluoridsalz  Fluoridgel  Zahnpasta  Keine

13. Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten / gesüßte Getränke?  Ja  Nein

14. Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder Daumen?  Ja  Nein

**Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach bestem Wissen beantwortet und bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die notwendige Behandlung in Absprache mit Dr. Anne Wendt / Zahnärztin Katja Ledig durchgeführt wird:**

\_\_\_\_\_  
Eutin, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie, Ihre Termine einzuhalten!**

Karies ist eine Infektionskrankheit, die heute zu 100% vermeidbar ist. Wir möchten Ihnen helfen, Ihrem Kind rechtzeitig beizubringen, warum und wie man die Zähne richtig pflegt und sich zahngesund ernähren kann. Aus diesem Grund gehen unsere Patienten auch in die „Zahnputzschule“ (Prophylaxe: Hier wird individuell mit Ihnen und Ihrem Kind die optimale Zahnpflege besprochen und geübt. Gegebenenfalls werden die Zähne versiegelt.)

Die Milchzähne im Seitenzahnbereich verbleiben bis zum 11. / 12. Lebensjahr im Mund und haben deshalb eine wichtige Platzhalterfunktion für die bleibenden Zähne. Die Krankenkassen bieten für Ihr Kind im Rahmen der gesetzlichen Versorgung als Füllungswerkstoff im Seitenzahnbereich Amalgam oder Kunststoff an. Unsere Praxis hat sich gegen Amalgamfüllungen entschieden. Wir verwenden als Füllungswerkstoff Zementfüllungen, wenn die Milchzähne nur noch 2-3 Jahre im Mund verbleiben. Bei einer längeren Verweildauer sind hochwertige Kunststofffüllungen sinnvoll. **Diese Leistung (Kunststofffüllung) wird von Ihrer Krankenkasse nur zu einem gewissen Teil übernommen.**

### HINWEIS FÜR PRIVATVERSICHERTE:

Die Abrechnung erfolgt nach den üblichen Sätzen der GOZ/GOÄ. Reduzierte Sätze wie z.B. bei Postbeamtenkrankenkassen oder Standardtarifversicherten finden keine Anwendung. Von der GOZ/GOÄ 96 abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit einzelner medizinisch notwendiger Leistungen können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOZ/GOÄ 96 verbindlich ist. Direktabrechnung mit Versicherungen oder Beihilfestellen werden nicht vorgenommen.

**Mir ist bekannt, dass ich möglicherweise entstehende Differenzbeträge zwischen Rechnungshöhe und Erstattungsbetrag durch Versicherungen oder Beihilfestellen privat ausgleichen muss.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger