lothar·jansen
sanfte zahnheilkunde
anspruchsvoll · innovativ · sicher

für Kids

ANMELDEBOGEN

Liebe Eltern von: _____

Der vorliegende Anmeldebogen ist wahrscheinlich **länger** und **ausführlicher** als Sie es von anderen Ärzten kennen. Doch dies hat seine Gründe:

1. Wir möchten so ausführlich wie möglich auf Ihre Wünsche und die Ihres Kindes/ Ihrer Kinder eingehen.
2. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es sinnvoll ist, Ihnen Erläuterungen anzugeben, warum die jeweilige Datenerfassung für uns und Sie von Bedeutung ist.
3. Sie sollen von Anfang an auch einiges über uns erfahren. Wir bieten Ihnen ein breites Spektrum. So sind Sie bereits informiert und können gezielter Wünsche äußern.
4. Es geht um IHR KIND. Da erwarten Sie sicherlich eine gewisse Gründlichkeit.

ADRESSE

Haben wir in der Anschrift den Namen Ihres Kindes richtig geschrieben?
(Die Aufnahme erfolgt in der Regel telefonisch, da schleichen sich gerne Fehler ein.)

Nachname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Adresse: _____

Ort mit Postleitzahl, Land: _____ Krankenkasse / Versicherung: _____

VERSICHERTER / MITGLIED
(i.d.R. Mutter oder Vater)

Nachname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Adresse: _____

Ort mit Postleitzahl: _____

Mein Beruf ist: _____

Damit wir Sie bei einer Terminverschiebung umgehend anrufen können, bitten wir um die Telefonnummern, unter denen Sie erreichbar sind:

_____ _____ _____
Hausanschluss Mobiltelefon E-Mail

FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung? Falls ja, geben Sie bitte Namen, Fachrichtung und Adresse des Arztes an!

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- ☐ Asthma
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Anfallsleiden (Epilepsie)
- ☐ Spastik
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Lungenerkrankung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Lebererkrankung / Gelbsucht
- ☐ Rheuma / rheumatisches Fieber
- ☐ Nervenerkrankungen
- ☐ Magen – Darm –Erkrankung
- ☐ Immunschwäche (HIV, AIDS)
- ☐ Erkrankung des Blutes

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

☐ nein

☐ ja Welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ nein

☐ ja Worauf? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

☐ nein

☐ ja Welche? _____

IHRE WÜNSCHE
(nur bei Bedarf auszufüllen)

Damit wir uns wohlfühlen, erwarten wir:

_____

_____

BITTE BERATEN SIE UNS ZU DEN THEMEN:

☐ Schutzprogramm (Prophylaxe)

☐ Kinderprothesen, Lückenhalter

☐ Sonstiges: _____

_____

SPEZIELLE FRAGEN ZUR ENTWICKLUNG IHRES KINDES

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft, während bzw. nach der Geburt?

☐ nein

☐ ja Welche? _____

Wurde Ihr Kind gestillt?

☐ nein

☐ ja Wie lange? _____

Trinkt Ihr Kind aus:

☐ der Flasche?

☐ dem Becher? Seit wann? _____

Was? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

☐ nein

☐ ja

Nutzt Ihr Kind einen Schnuller?

☐ nein Bis wann? _____

☐ ja Wann? _____

FRAGEN ZUR ZAHNPFLEGE

Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit dem Zähneputzen begonnen haben? _____
Welche Zahnpasta haben Sie dafür benutzt? _____
War diese fluoridhaltig?

☐ ja

☐ nein

Womit werden die Zähne geputzt?

☐ Handzahnbürste ☐ E-Zahnbürste

☐ Zahnseide ☐ Interdentalbürstchen ☐ Munddusche

☐ Zahnpasta, mit Fluorid ☐

Die Zähne werden geputzt:

☐ vom Kind selber ☐mit Hilfe der Eltern ☐ nur von den Eltern

Wann werden die Zähne geputzt?

☐ vor dem Frühstück ☐ nach dem Frühstück

☐ in der Schule/ im Kindergarten

☐ nach dem Mittagessen ☐ direkt nach dem Abendessen ☐ vor dem Schlafengehen

Zusätzliche Fluoridquellen:

☐ D- Fluoretten, falls früher, bis zu welchem Alter: _____

☐ fluoridiertes Speisesalz

☐ Fluoridierung beim Zahnarzt

☐ häusliche Anwendung von Fluoridgelen, -spüllösungen (z.B. Elmexgelee)

IN EIGENER SACHE

Freiwillige Angaben:
So bin ich auf Ihre Praxis aufmerksam geworden (Empfehlung durch Zahnärztekammer als Spezialist, Empfehlung durch Bekannte, Freunde, Familie, Internet, …):

_____

WICHTIGE HINWEISE

- Wie Sie vielleicht wissen, sind wir Ausbildungspraxis für Schutzkonzepte im Bereich Prävention und Prophylaxe, also die Vermeidung von Karies und Parodontitis. Immer mehr Patienten steigen in ein bewährtes Schutzprogramm ein, statt regelmäßig „Reparatur – Medizin“ betreiben zu lassen. Gerade bei Kindern ist ein regelmäßiges Schutzprogramm von Anfang an wichtig. Denn als Kind gesunde Zähne zu haben, ist die wichtigste Voraussetzung für schöne strahlende Zähne im Erwachsenenalter.

- **Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.**
  Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.
  So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

  Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen.

Unsere Zahnarztpraxis bietet anspruchsvolle Zahnmedizin auf höchstem Niveau. Dazu gehören sanfte, innovative Behandlungsmethoden, die Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm und sicher wie möglich machen. Durch unser dokumentiertes und überwachtes Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 strebt unsere Praxis nach ständiger Verbesserung und Erfüllung der Patientenzufriedenheit. Wir sind stolz darauf Referenz-Praxis der Firma dental-qm zu sein; dental-qm ist wahrscheinlich das renomierteste Unternehmen im Bereich Qualitätsmanagement beim Zahnarzt.
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und in unserer EDV erfasst. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Entgegen Art 17 DSGVO löschen wir Patientendaten der Dokumentation und Kontrolle des Behandlungsverlaufes nur auf Ihr ausdrückliches Verlangen
Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass wir zu den wenigen ISO – zertifizierten Praxen in Deutschland gehören. Eine Zertifizierung nach ISO 9001:2000 ist eine freiwillige Qualitätsprüfung durch ein akkreditiertes Unternehmen wie TÜV oder DEKRA.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____