



青少年小児専門歯科医院へようこそ  
**Hallo und herzlich Willkommen in der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendliche**  
 Dr. Jeanne Topf, Dr. Peyman Arab

私達を信頼しお越し下さいまして有り難うございます。  
 初診にあたり、私達がお子さんについてよく理解し個々にあった治療が出来る様、恐れ入りますが以下の質問にお応え下さい。

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen! Bitte beantworten Sie uns zunächst einige Fragen, wir möchten Ihr Kind besser kennen lernen und unsere Behandlung individuell auf seine Bedürfnisse abstimmen.

患者 Patient                          身長 Größe:                          体重 Gewicht:                          年齢 Alter:

女兒 Mädchen  
 男児 Junge

あだ名 „Spitzname“

名字 Name                          名前 Vorname                          誕生日 geb. am

趣味、興味など ihre/seine Hobby

お母様 Mutter

名字 Name                          名前 Vorname                          誕生日 geb. am

住所 Adresse

通り、郵便番号、市 Straße, PLZ, Ort

職場 Arbeitgeber

電話番号 (日中)                          TEL. tagsüber  
 電話番号 (自宅)                          TEL. privat  
 携帯番号 (Handy)

お父様 Vater

名字 Name                          名前 Vorname                          誕生日 geb. am

住所 Adresse

通り、郵便番号、市 Straße, PLZ, Ort

職場 Arbeitgeber

電話番号 (日中)                          TEL. tagsüber  
 電話番号 (自宅)                          TEL. privat  
 携帯番号 (Handy)

保険 Versicherung

保険会社の名前: \_\_\_\_\_  
 Name der Krankenversicherung

お子さんの保険 Ihr Kind ist versichert

お母様の扶養 mit der Mutter                           お父様の扶養 mit dem Vater  
 公的保険 gesetzlich                           自由 freiwillig

かかりつけの医者:                          \_\_\_\_\_  
 betreuender Kinderarzt                          名前 Name                          電話番号 TEL.

この医院については誰を通してお知らせになりましたか?  
 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

**予防は治療よりも大切なことです。 Vorbeugen ist besser als Heilen**

私どもの医院では、お子さんの為に歯磨き教室を開いています。  
 お子さんの健康な歯の維持の為にこの歯磨き教室に興味のある方には、医院より書面、又は電話により必要な時期にご連絡いたしております。(リコールと呼んでいます)

リコールの希望 Recall erwünscht

はい Ja                           いいえ Nein  
 書面により schriftlich                           電話により telefonisch                          サイン Unterschrift

お子さんの健康状態について Die Gesundheit Ihres Kindes

お子さんはこれまでに大病をされましたか? Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten?  はい Ja  いいえ Nein  
ある場合、どんな病気ですか? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

心臓の欠陥または心雑音の診断を受けたことがありますか?  はい Ja  いいえ Nein  
Sind bei Ihrem Kind jemals Herzfehler und / oder ungewöhnliche Herzgeräusche festgestellt worden?

お子さんは現在医者にかかっていますか? Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  はい Ja  いいえ Nein  
かかっている場合、なぜですか? Falls ja, weshalb? \_\_\_\_\_

常用している薬はありますか? Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  はい Ja  いいえ Nein  
ある場合、どの薬ですか? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

お子さんはこれまでに薬に対して何らかの反応を起こしたことはありますか?  はい Ja  いいえ Nein  
Hat Ihr Kind schon einmal irgendeine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente gezeigt?  
ある場合、どの薬に対し、どんな反応ですか? \_\_\_\_\_  
Falls ja, wie und auf was?

アレルギーはありますか? Hat Ihr Kind Allergien?  はい Ja  いいえ Nein  
ある場合、何に対してですか? Falls ja, auf was? \_\_\_\_\_

これまでに入院されたことはありますか?  はい Ja  いいえ Nein  
War jemals Krankenhausaufenthalte notwendig?  
ある場合、いつ頃、なぜ入院されましたか? \_\_\_\_\_  
Falls ja, wann und weshalb?

お子さんは身体的また精神的障害をお持ちですか?  はい Ja  いいえ Nein  
Hat Ihr Kind körperliche oder geistige Behinderungen?

お子さんは現在以下の病気にかかっていますか? 当てはまるものに X 印をつけて下さい。  
Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- 感染症 (HIV、肝炎、結核等) Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC)
- 喘息 Asthma  ひきつけ Krampfanfälle  ポリープ Polypen  その他 Sonstige \_\_\_\_\_
- 心臓疾患 Herzprobleme  痙攣 Spastiken  難聴 Hörstörungen \_\_\_\_\_
- 凝血障害 Blutgerinnungsstörungen  糖尿病 Diabetes  腫瘍 Tumor \_\_\_\_\_
- リウマチ Rheuma  腎臓疾患 Nierenprobleme \_\_\_\_\_

お子さんの歯の状態について. Die Zähne Ihres Kindes.

お子さんはこれまでに歯医者にかかりましたか? War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  はい Ja  いいえ Nein  
ある場合、どんな治療を受けられましたか? Welche Behandlung wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_

今日のご来院の理由をお書き下さい。Der Grund Ihres heutigen Besuches ist: \_\_\_\_\_

現在歯痛がありますか? Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  はい Ja  いいえ Nein

お子さんは現在哺乳瓶を使っていますか? Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?  はい Ja  いいえ Nein

お子さんは親指やおしゃぶり等のようなものを吸っていますか?  はい Ja  いいえ Nein  
Lutscht Ihr Kind an Daumen, Schmler oder ähnlichem?

フッ素を処方されて飲んでいらっしゃいますか? Werden Fluoride eingenommen?  はい Ja  いいえ Nein

お子さんは歯医者に対してどのような印象をお持ちですか? \_\_\_\_\_  
Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?

治療同意書 Behandlungseinwilligung

私は、私の子供の歯科治療、歯科外科治療に関し、Dr. Topf 先生、Dr. Arab 先生、Zipprich 先生、Amiri 先生、その他の医院従事者により治療に必要とされ、先生方の薦める部分麻酔、笑気ガス、安定剤、レントゲンそしてその他の診断上の措置に同意いたします。Ich stimme der zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlung meines Kindes, einschließlich des Gebrauches notwendiger und empfehlenswerter Lokalanästhetika, Lachgas, Beruhigungsmitteln, Röntgen und sonstiger Diagnostischer Maßnahmen durch Dr. Topf, Dr. Arab, ZÄ Zipprich und ZÄ Amiri sowie deren Mitarbeitern zu.

日付け Datum

サイン Unterschrift

## プライベート保険の患者の治療に関する同意書

私は本日、小児青少年専門歯科医院に於いて、予定された私の子供の治療に関しての説明を受けました。

治療終了後、歯科治療費はその都度の消費時間、難易度、そして場合によっては治療の特別な事情により、歯科医費用に関する法律（GOZ）と医師費用に関する法律（GOA）に基き清算されます。GOZでは2、3倍、またGOAでは1、8倍の料金超過に関しては、治療に関連した理由が承認されています。

万が一、保険会社との間で治療費の補助に関し問題が生じた場合には、医院は出来る限りの範囲内で私の要求権の貫徹の援助をします。しかしながら、医院は個々の保険会社の支払い事情には何の影響力も持ちません。なぜならば、これは個々の被保険者と保険会社との間で交わされた保険契約の中での支払い取り決めだからです。

プライベートの保険会社からの補助の件が最終的に明確となるまでは、私は全額をお支払いいたします。もし私が保険会社の提示した支払い可能な限度額に同意出来ない場合には、法律上の手段に訴えることもいたします。

Frankfurt、日付 \_\_\_\_\_、 保護者の署名 \_\_\_\_\_