

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 _____