

Liebe Patientin, lieber Patient!

In diesem Dokument finden Sie alle wichtigen Informationen für Ihren ersten Besuch:

Unsere Philosophie:

Unser grundsätzliches Ziel ist leicht zu beschreiben: das Beste für Sie und Ihre Zahn- und Mundgesundheit! Stabilität und Vertrauen im Team sorgen in unserer Praxis für eine angenehme Atmosphäre und reibungslose, serviceorientierte Abläufe.

Sie stehen im Mittelpunkt

Unseres Credo lautet: „Behandle deinen Patienten so, wie du dich oder deine Familie behandeln würdest.“ Ihre Bedürfnisse als Patient, vor allem aber Sie als Mensch, sind uns daher wichtig. In unserer Praxis erwarten Sie eine vertrauensvolle, herzliche Atmosphäre und eine auf jeden einzelnen zugeschnittene zahnmedizinische Betreuung.

Umfassende Beratung

Eine offene und verständliche Beratung ist Bestandteil unseres Konzeptes. Wir nehmen uns Zeit für Sie, berücksichtigen Ihre Bedürfnisse, Wünsche und eventuelle Sorgen. Transparenz ist uns in jeder Phase wichtig. Außerdem gilt: „Wir versprechen wenig, wir halten viel.“

Qualität

Die Kosten einer Behandlung sind stets ein wichtiges Thema. Wir versorgen Sie mit Zahnersatz „Made in Germany“, der für Ästhetik, Langlebigkeit, Passgenauigkeit und Verträglichkeit steht.

Für spezielle Wünsche: Sprechen Sie uns an.

Unsere Leistungen:

- Ästhetische Zahnheilkunde
- Füllungen
- Funktionsdiagnostik
- Naturheilverfahren
- Parodontitisbehandlung
- Schnarchtherapie
- Kinderzahnheilkunde
- Oralchirurgie
- Prophylaxe
- Wurzelkanalbehandlung
- Zahnersatz
- Zahnimplantate

Kontakt

Dr. Johannes Szafraniak und Dr. Christian Tiulea

Diergardtplatz 7a

41747 Viersen

Telefon: 02162 17096

Telefax: 02162 18190

E-Mail: j.szafraniak@gmx.de

Homepage: <http://www.dr-szafraniak.de>

Unsere Sprechzeiten

Mo.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 19:00 Uhr

Di.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Mi.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Do.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Fr.: 08:00 – 13:00 / 14:00 – 18:00 Uhr



Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zahnmedizinisch von uns betreuen lassen.

Wir möchten die Behandlung möglichst schonend gestalten und bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Patient:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Mitglied:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Straße:		Hausnummer:
	PLZ:	Ort:	Telefon:
Krankenversicherung:			
Empfohlen durch:			

Ist dies der 1. Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind bei der letzten Behandlung gut mitgearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind Schmerzen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weiß Ihr Kind, dass es Zahnschäden (Löcher, Karies) hat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verhält sich Ihr Kind bei anderen Ärzten ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie glauben Sie wird Ihr Kind bei der Behandlung mitarbeiten?	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	
	<input type="checkbox"/> schlecht	
	<input type="checkbox"/> gut	
	<input type="checkbox"/> sehr gut	



Lutscht Ihr Kind (Finger, Daumen, Schnuller)?

Ja

Nein

Wann hat es damit aufgehört?

Atmet Ihr Kind ständig durch den Mund?

Ja

Nein

Ist der Mund immer leicht geöffnet?

Ja

Nein

Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind eine Zahnsperre/Klammer benötigt?

Ja

Nein

Liegt bei Ihrem Kind eine allgemeine Erkrankung (z.B. Herzfehler, Zuckerkrankheit, Krampfleiden o.ä.) vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Erkrankung:

Kinder können Ihre Aufmerksamkeit nicht zwischen zwei Erwachsenen teilen. Es ist daher vorteilhaft, wenn während der Behandlung nur der Arzt mit dem Kind spricht und Sie nur still zuschauen. Erklären Sie Ihrem Kind auch, dass die Anwesenheit der Eltern während der Behandlung nur gestattet ist, wenn es gut mitarbeitet.

Datum

Unterschrift