

Zahnarztpraxis mit Tätigkeitsschwerpunkt
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

**Dr. Sabine Rienhoff &
Maren Engel-Faschkami**
Hypnose, Sedierung, Vollnarkose
Hunaeusstr. 6
30177 Hannover



Dr. Jan Rienhoff
Kieferorthopädie, Hypnose

Tel.: 0511/628197
Fax: 0511/3948061

www.magic-dental.de

Unfallbogen

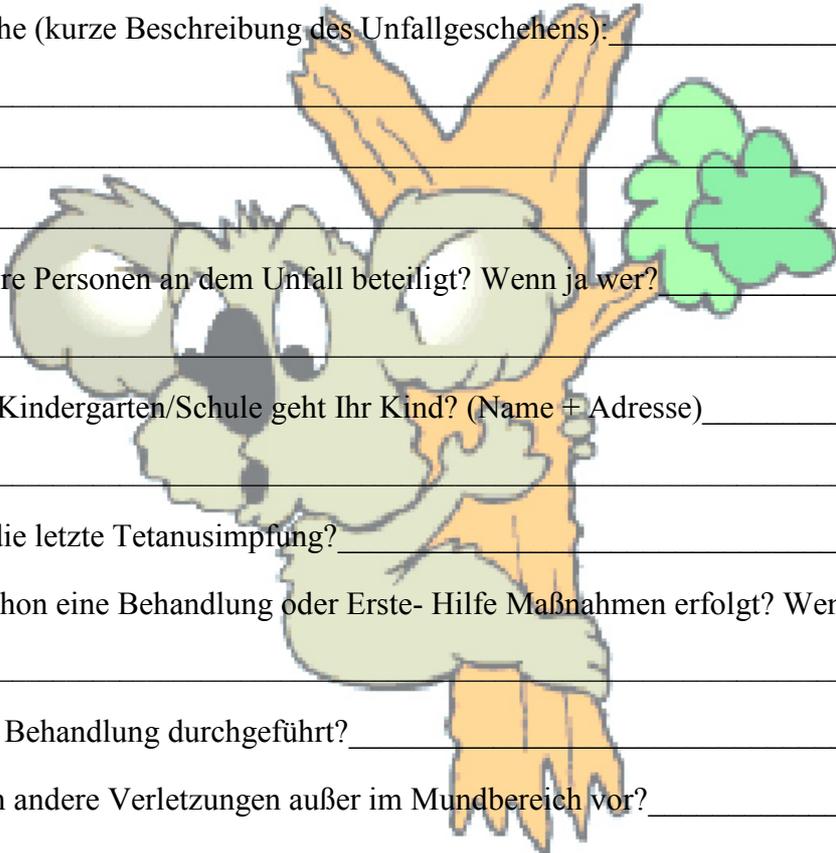
1. Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
2. Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____
3. Unfallort: _____
4. Unfallursache (kurze Beschreibung des Unfallgeschehens):

5. Waren andere Personen an dem Unfall beteiligt? Wenn ja wer?

6. In welchem Kindergarten/Schule geht Ihr Kind? (Name + Adresse) _____

7. Wann war die letzte Tetanusimpfung? _____
8. Ist bisher schon eine Behandlung oder Erste- Hilfe Maßnahmen erfolgt? Wenn ja was?

9. Wer hat die Behandlung durchgeführt? _____
10. Liegen noch andere Verletzungen außer im Mundbereich vor? _____



**Ich willige ein, dass die Zahnärzte der Praxis Rienhoff und Engel zum Zweck der Weiterbehandlung und Abrechnung die zum Unfall aufgenommenen Daten an weiterbehandelnde Ärzte und abrechnende Versicherungen weiterleiten dürfen.
Desweiteren willige ich ein, dass die Zahnärzte der Praxis Rienhoff und Engel sich, wenn notwendig, Informationen über den Unfallhergang einholen können.
Mir ist bewusst, dass dies zum Zweck der gemeinsamen Behandlung notwendig ist.**

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten