

Anmeldeformular für Kinder

Allgemeine Informationen

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Hauptversicherter: _____

Geburtsdatum: _____ Vater/Mutter

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie bzw. ist Ihr Kind von Zuzahlungen befreit? Ja Nein

Bei privaten Krankenversicherungen: Zusatzversichert: Ja Nein

Beihilfeberechtigt: Ja Nein

PKV Standardtarif: Ja Nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs? _____

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? Wenn ja, durch wen? _____

Gesundheitsfragebogen (allgemein)

War Ihr Kind vor kurzem oder befindet es sich momentan in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, aus welchem Grund? _____ Ja Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Verträgt Ihr Kind gewisse Arzneimittel/ Substanzen nicht? Wenn ja, welche?

_____ Ja Nein

Neigt es zu allergischen Reaktionen?

Wenn ja, worauf? _____ Ja Nein

Leidet Ihr Kind an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen/ Herzfehler

Diabetes

Lebererkrankungen

Asthma

Nierenerkrankungen

Krampfleiden/ Epilepsie

Infektionserkrankungen (Tuberkulose/ Hepatitis/ HIV/ AIDS) _____

Hat Ihr Kind andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Hausarzt: _____ Telefonnummer: _____

BITTE WENDEN

Gesundheitsfragebogen (zahnärztlich)

- Hat Ihr Kind Angst vor der Zahnbehandlung? Ja Nein
- Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten? Ja Nein
- Wünschen Sie, dass bei Ihrem Kind Prophylaxemaßnahmen in Form von Versiegelungen der Backenzähne durchgeführt werden? Ja Nein
- Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein
- Wurde bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Bestehen bei Ihrem Kind Parafunktionen (Zähneknirschen, Daumenlutschen...) Seitenzähne werden in unserer Praxis mittels Amalgam versorgt. Ja Nein
- Wünschen sie eine andere, kostenpflichtige Versorgung? Ja Nein
- Existieren Zahn-/ Kieferröntgenaufnahmen jüngerer Datums? Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich, jede Änderung des Gesundheitszustandes meines Kindes mitzuteilen.

Datum/ Unterschrift

Ich möchte gerne an die halbjährliche/ jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Ja Nein

Datum/ Unterschrift