

ANMELDEFORMULAR

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Wir heißen Sie herzlich Willkommen! Bitte nehmen Sie sich ausführlich Zeit zum Ausfüllen des Anmeldebogens. So können wir uns optimal auf Ihre Behandlungen vorbereiten, unnötige Risiken vermeiden und auf Ihre speziellen Wünsche besonders eingehen. Der Anmeldebogen muss vom Gesetzgeber vorgeschrieben, vor der Behandlung ausgefüllt werden.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, so sorgsam wie mit Ihren Daten, gehen wir auch mit Ihren Zähnen um.

Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	Muttersprache

Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	Telefonnummer

Vater

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer		

Erziehungsberechtigt

beide Eltern nur Mutter nur Vater

Sonstige

Versicherung:

Versichert über:

Empfohlen / überwiesen:

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche:

Weiter gehts auf Seite 2 >>

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche:

Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche:

War/ ist Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

Bluterkrankung Herzerkrankung Epilepsie Fieberkrämpfe
 Infektionskrankheiten Asthma Lungenerkrankungen
 Diabetes Schilddrüsenerkrankunge

Blutet ihr Kind lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörung)

ja nein

Andere Erkrankung:

Hatte ihr Kind schon einmal eine Narkose?

ja nein

Wenn ja, wann, weshalb?

Wurden bereits Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja nein

Wenn ja, wann?

Bekommt ihr Kind Fluoridtabletten?

ja nein

Trinkt ihr Kind aus der Flasche, Trinkbecher mit Aufsatz, anderen Trinkhilfen?

ja nein

Wenn ja, wann, weshalb?

Ihr Kind schnullert/ lutscht am Daumen?

ja nein

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

ja nein

Wenn ja, wann, aus welchem Grund?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der gültigen GOZ. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen. Wir sind eine reine Bestellpraxis und bemühen uns stets eine pünktliche und ungestörte Behandlung bei Ihnen sicherzustellen mit keinen bis kurzen Wartezeiten. Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Ort, Datum

Unterschrift