

Anmeldebogen mit Anamnese

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Geburtsort		
E-Mailadresse		
Telefonnummer privat oder Mobilnummer		
Beruf		
Arbeitgeber, Ort		
Telefonnummer beruflich		
Krankenkasse		
Pflichtversichert	ja	nein
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?	ja	nein
Sind Sie privat versichert?	ja	nein
Standardtarif / Basistarif?	Bitte einkreisen	
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes	ja	nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Wer soll die Rechnung erhalten?	Name, Vorname	
	Adresse	

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Hausarzt/ Kinderarzt		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	ja	nein
Wenn ja, welche zurzeit?		
Reagiert Ihr Kind allergisch auf bestimmte Stoffe oder Medikamente?	ja	nein
Wenn ja, auf welche?		
Hat Ihr Kind Asthma?	ja	nein
Hat Ihr Kind Bluthochdruck?	ja	nein
Hat Ihr Kind zu niedrigen Blutdruck?	ja	nein

Hat Ihr Kind einen Herzfehler? Herzerkrankungen?	ja	nein
Hat Ihr Kind Diabetes?		
Leidet Ihr Kind unter Gerinnungsstörungen?	ja	nein
Hat Ihr Kind Hepatitis?	ja	nein
Hat Ihr Kind eine Schilddrüsenerkrankung?		
Leidet Ihr Kind unter einer Nierenerkrankung?	ja	nein
Leidet Ihr Kind unter einer Magen-/ Darmerkrankung?	ja	nein
Hat Ihr Kind eine Tumorerkrankung?	ja	nein
Gibt es Ernährungsbesonderheiten?	ja	nein
Leidet Ihr Kind an Schlafstörungen?	ja	nein
Leidet Ihr Kind häufiger unter Kopfschmerzen / Migräne?	ja	nein
Hat Ihr Kind als Säugling / Kleinkind Fluorettten bekommen?	ja	nein
Wann kamen die ersten Zähne?		
Hat Ihr Kind den Schnuller benutzt oder Daumen gelutscht?	ja	nein
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt / Arzt?	ja	nein
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	ja	nein
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, bei wem?		
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja	nein
Darf in der Prophylaxe eine Fluoridierungsmaßnahme durchgeführt werden?	ja	nein
Wünschen Sie eine Benachrichtigung, wenn bei Ihrem Kind eine Kontrolle oder Prophylaxebehandlung fällig ist?	ja	nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar. Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten für Terminerinnerung, Mailing, Recall zu.

Ich bestätige, die oben angegebenen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Bei Veränderungen werde ich die Praxis umgehend informieren. Terminänderungen sind so früh wie möglich, spätestens 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen.

TETTANG, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter