

Kinderanmeldebogen Praxis Dr. Zitzen, Dünner Str. 50, 41066 MG

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

gesetzliche
Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert

Name der Kasse _____

private
Krankenkasse beihilfeberechtigt

Name der Kasse _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Meine Wünsche für die Behandlung: _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon privat _____ beruflich _____ Handy _____ EMail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Eventuell weiterer Erziehungsberechtigter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon privat _____ beruflich _____ Handy _____ EMail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wir erlauben uns, Ihr Kind im vereinbarten Intervall an die ausstehende Zahnkontrolle zu erinnern. Falls Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass unsere Termine **verbindlich** sind. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, teilen Sie uns das bitte rechtzeitig mit (**spätestens jedoch 24 Stunden vorher**). So erhalten wir die Möglichkeit, diesen Termin einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden dürfen.

Bitte beantworten Sie die umseitigen Fragen möglichst genau. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und zusätzlich den Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte nehmen Sie unsere Datenschutzinformation mit nach Hause.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Allgemein

Hat / Hatte Ihr Kind eine ernsthafte Erkrankung?

- welche?.....
- Nimmt es regelmäßig Medikamente ein?

Wer ist der Kinderarzt?

Speziell

JA NEIN

- War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?
- Hat es bisher Betäubungen gut vertragen?
- Wurde in den letzten 2 Jahren ein Röntgenbild der Zähne angefertigt?
- Dürfen wir dieses anfordern?

Bei welchem Zahnarzt?

- Hat/Hatte Ihr Kind schon eine kieferorthopädische Behandlung (Klammer)
- Wurden bisher individualprophylaktische Behandlungen durchgeführt?
- Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen?
- Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

Bitte begleiten Sie ihr Kind bei der ersten Behandlung. Falls es später einmal alleine in die Praxis kommen kann, sorgen Sie dann doch bitte dafür, dass Sie während der Behandlung telefonisch erreichbar sind, damit eventuelle Rückfragen und Beratung dann zeitnah erfolgen können.

Name

Datum

Unterschrift Patient: