

Anmeldebogen für Ihr Kind

Erziehungsberechtigte/r

Vater

Mutter

sonstige

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

Handy-Nr.

Mailadresse

Krankenkasse

Beruf Erziehungsberechtigte/r

Geburtsdatum

Krankenkasse

Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?

Name/Geburtsdatum

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name/Adresse/Geburtsdatum

Wer ist Ihr Kinderarzt?

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Besteht eine Zahnarztangst?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Asthma | Magen-Darm-Erkrankung |
| Tuberkulose | Schilddrüsenerkrankung |
| Diabetes | Immunschwäche (AIDS) |
| Lebererkrankung | Nierenerkrankung |
| Anfallsleiden | Geistige Verzögerung |
| Rheuma/rheumatisches Fieber | Lungenerkrankung |
| Hörstörungen | Geistige Behinderung |
| Nervenerkrankung | Erkrankungen des Blutes |
| Spastik | Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung am Herzen?

Angeborene oder erworbene Herzfehler?	ja	nein	Bestehen Allergien?	ja	nein
Herzoperationen?	ja	nein	Falls ja, welche:		
Gibt es andere Erkrankungen?	ja	nein	_____		
Falls ja, welche:			_____		
_____			_____		
_____			Allergiepass vorhanden?	ja	nein

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	ja	nein	Zahnsteinbluten	ja	nein
Falls ja, welche:			Zahnarztangst	ja	nein
Mutter: _____			Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihres Kindes?		
Vater: _____			Monat/Jahr: _____		

Neigt ein oder beide Elternteile zu:

Karies	ja	nein	Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorge-	ja	nein
Zahnstein	ja	nein	untersuchung erinnert werden?	ja	nein
			Falls ja, wie:	per Post	per Mail

Hiermit willige Ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht zur Weiterleitung meiner Daten an die Krankenkasse, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Dentallabor, weiterbehandelnde Kollegen sowie weitere Partner der Zahnarztpraxis Dr. Martin Kaune & Kollegen entbunden wird. Ebenso willige ich ein, dass die Praxis meine Daten verarbeiten und mich telefonisch/per Mail kontaktieren darf. Gegen Absprache dürfen Mundaufnahmen gemacht werden.

Ort/Datum

Unterschrift