



# KINDER-ANMELDE-FRAGEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

Ich bin versichert mit (Name, Vorname, Geb.Dat.): \_\_\_\_\_

Beruf Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf Vater: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Ich bin  gesetzlich versichert  privat versichert  freiwillig versichert  Zusatzversicherung/Beihilfe

Ich bin versichert bei: \_\_\_\_\_

## Wichtige Angaben für Deine Zahnbehandlung:

Warum kommst Du zu uns? \_\_\_\_\_

Wenn Du Zahnschmerzen hast, wie lange hast Du sie schon? \_\_\_\_\_

Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie oft putzt Du am Tag Deine Zähne? \_\_\_\_\_ (für Kinder bis 8 Jahre) Helfen Dir Deine Eltern beim Putzen? \_\_\_\_\_

Läuft ein Zahnarztbesuch gewöhnlich ohne Probleme ab?  ja  nein  weiß nicht

Hast Du folgende Krankheiten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                         | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)                            |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht /Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Asthma/Heuschnupfen                                   |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut                             | <input type="checkbox"/> Herz- oder Nierenerkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle                                      |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen               | <input type="checkbox"/> ADS / ADHS  |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                           | <input type="checkbox"/> Chronische Entzündungen der Atemwege                  |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                                | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung/Verzögerung oder Lernbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Hör- oder Sehstörungen                | <input type="checkbox"/> Epilepsie / Spastik                                   |

Allergien; wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

eine andere ernsthafte Erkrankung; wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmst Du irgendwelche Medikamente regelmäßig? \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft/Deiner Geburt? \_\_\_\_\_

Woher kennst Du uns? \_\_\_\_\_

Sollen wir Dich an den nächsten Vorsorgetermin erinnern?  ja  nein

## Erklärung des Erziehungsberechtigten

Ich habe diesen Fragenbogen zusammen mit meinem Kind ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben. Termine, die wir nicht einhalten können, werden wir spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Als gesetzlich versicherte Patienten erhalten wir eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht spätestens fünf Tage vor Ende eines Quartals vorliegt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_