

ANMELDUNG

Patientin/Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Mobil/Fax/Email
<hr/>		
Krankenkasse*/Krankenversicherung	Zusatzversicherung	

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

** Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie uns an.

Mitglied:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Sind Sie freiwillig versichert?*	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie beihilfeberechtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind sie privat im Basistarif versichert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

** Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie uns an.

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Wie oft? 1x 2-3x mehr als 3x

Zuletzt bei welchem Zahnarzt? Praxis: _____ in _____

Durch wen wurden wir empfohlen?

Wurden Sie überwiesen?

Hauszahnarzt _____

Termine, die mein Kind nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift _____

ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Asthma, Atemnot | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |

Hat Ihr Kind eine Allergie?

(z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente)

Welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Welche? _____

Bestehen andere Erkrankungen oder Beeinträchtigungen ?

Welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Weshalb? _____

Wann? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind ein AIDS-Test gemacht?

Ergebnis? _____

Welche Maßnahmen zur Fluoridierung der Zähne wurden bzw. werden bei Ihrem Kind angewandt?

Gabe von Fluoridtabletten: von _____ bis ca. _____

Verwenden Sie zur Zeit fluoridhaltiges Speisesalz: ja nein

Verwenden Sie fluoridhaltige Kinderzahnpaste Zahnpaste für Erwachsene
Wie oft am Tag? 1x 2x 3x

Verwenden Sie zu Hause außerdem fluoridhaltige Mundspüllösungen Wie häufig? _____
 Gele, Gelee (z.B. Elmex) Wie häufig? _____

Wurde bei Ihrem Kind schon in einer Zahnarztpraxis oder in der Schule ein Fluoridlack auf die Zähne aufgetragen? nein ja Wann zuletzt? _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger und an neu eintretende Ärzte weitergegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie über folgende Komplikationen bei der Lokalanästhesie aufklären müssen:

1. Infektion 2. Schwellung 3. Nervschädigung

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert hat.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Datum, Unterschrift _____