



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Eltern,

für Ihr Kind ist ein zahnmedizinischer Vorsorgetermin geplant. Um den Ablauf und eine gezielte Beratung zu erleichtern, brauchen wir zunächst einige formellen Angaben und Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand.

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie gerne fragen.

Ihr Name: _____ Erziehungsberechtigter ja nein

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Tel.: _____

Adresse: _____

Über wen ist das Kind versichert, bzw. ist es selbst versichert?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Besondere Tarifvereinbarungen, Beihilfeberechtigung _____ ja nein

Soll eine andere Person die Rechnung erhalten? _____ ja nein

Name, Adresse: _____

Besitzt das Kind **ein Bonusheft oder einen Röntgenpass, einen Allergiepass oder einen Herzpass**, so legen Sie uns diese Unterlagen bitte vor.

Wer ist der **Kinderarzt oder Hausarzt** (Name und Ort)? _____

Befindet sich das Kind in **homöopathischer Behandlung**? _____ ja nein

Findet zur Zeit eine **kieferorthopädische Behandlung** statt, bei wem? _____ ja nein

Weshalb begeben Sie sich mit dem Kind in unsere Behandlung? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken und nimmt das Kind häufig/ständig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

(Überempfindlichkeiten, Allergien, Endokarditisrisiko, Herz- und Kreislauferkrankungen, Infektionserkrankungen wie Hepatitis, HIV oder ähnliche, Diabetes, Erkrankungen der inneren Organe, Hautkrankheiten, Asthma, Blutbildveränderungen, psychische oder physische Auffälligkeiten, frühere Erkrankungen, frühere Operationen,.....)

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Gewissen gemacht zu haben.

Andernach, _____
Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter