



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