

## Herzlich willkommen

Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben!

Für unsere Dokumentation benötigen wir die folgenden Angaben, daher bitten wir Sie die Vorder- und Rückseite sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße   Hausnummer		Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PLZ   Ort	E-Mail Adresse	Telefon   Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VERSICHERTER Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße   Hausnummer		PLZ   Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail Adresse		Telefon   Mobil
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Krankenkasse * bzw. Krankenversicherung		
<input type="text"/>		

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

Die gesetzlich versicherten Patienten bitten wir um Vorlage der Versichertenkarte, da sonst die Abrechnung über die Krankenkasse nicht möglich ist und wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen müssen.

Beruf	Arbeitgeber	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet in der Regel für Sie geringe Wartezeiten. Daher bitten wir Sie, falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, frühzeitig abzusagen. Ansonsten besteht die Möglichkeit Ihnen die Ausfallzeit nach §§ 304,615 BGB in Rechnung zu stellen.

Gerne erinnern wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin. Möchten Sie von diesem Service Gebrauch machen? Ja  Nein

Sind Sie an unseren Prophylaxeleistungen interessiert? Ja  Nein

BITTE WENDEN

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung  
bitten wir um folgende Angaben Ihres Kindes:

Körpergewicht (wichtig für eine evtl. Anästhesie)

 kg

	Ja	Nein	ergänzende Angaben
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gibt es eine Herzerkrankung? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hat Ihr Kind einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Innere Krankheiten (z.B. Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infektionskrankheiten (Hep, TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Z. Zt. ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Geistige Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Körperliche Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krampfanfälle / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Konzentrationschwäche / Hyperaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstiges			<input type="text"/>

Bei Mädchen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

Behandelnder Kinderarzt

Empfohlen oder überwiesen durch:

Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--	--------------------------	--------------------------	----------------------

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

