

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Ihrem Kind die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, bitten wir Sie die folgenden Seiten sorgfältig durchzulesen, kreuzen Sie zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB. Bitte nehmen Sie die DSGVO zur Kenntnis.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team von der Milchzahnpraxis kleine Helden

KIND

Name _____

Vorname _____

Geboren am _____

Geburtsort _____

Aktuelles Gewicht _____

Aktuelle Größe _____

SORGERECHT

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER Mutter Vater abweichende Person

ANGABEN ZUR MUTTER ODER ABWEICHENDE PERSON

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

geboren am _____

Telefon tagsüber _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

ANGABEN ZUM VATER

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

geboren am _____

Telefon tagsüber _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

VERSICHERUNGSSYSTEM IHRES KINDES

Hauptversicherter Mutter Vater abweichende Person

RECHNUNGSEMPFÄNGER Mutter Vater abweichende Person

Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____

NAME DER KRANKENKASSE _____ privat versichert

beihilfeberechtigt freiwillig gesetzlich versichert Zusatzversicherung

BITTE NENNEN SIE UNS DEN BETREUENDEN KINDERARZT UND DEN HAUSZAHNARZT:

KINDERARZT Name, Anschrift _____

HAUSZAHNARZT Name, Anschrift _____

HAT ODER HATTE IHR KIND EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- ja nein Asthma
- ja nein Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzgeräusche
- ja nein Liegt ein Endokarditisspass (Herzpass) vor?
- ja nein Nierenerkrankungen
- ja nein Tumore
- ja nein Blutgerinnungsstörungen
- ja nein Epilepsie, Fieberanfälle
- ja nein Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC, HIV
- ja nein Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ja nein Vitamin B12-Mangel
- ja nein Hörprobleme
- ja nein Sehprobleme
- ja nein Angeborene Erkrankungen
- ja nein Lernschwäche / AD(H)S
- ja nein Geistige Entwicklungsverzögerung
- ja nein Fehlen Impfungen

Wenn ja, welche? _____

MEDIZINISCHE BESONDERHEITEN

Sonstige Krankheiten _____

Nachgewiesene Allergien _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja _____

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt?

nein ja _____

Wurde Ihr Kind nach der Geburt noch einmal im Krankenhaus behandelt?

nein ja _____

ZAHNÄRZTLICHE ERFAHRUNG

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Positiv Neutral Ängstlich erster Zahnarztbesuch

Hat Ihr Kind Erfahrung mit dem Zahnarzt?

nein ja, bei _____

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, das Ihr Kind gestört hat?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

TRINK- UND ESSGEWOHNHEITEN

Bekommt Ihr Kind Fluoride? nein ja _____

Wird/ wurde Ihr Kind gestillt? nein ja Wie lange? _____

Bekommt Ihr Kind die Flasche? nein ja Wie lange? _____

Was war in der Flasche? _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser? nein ja

Isst Ihr Kind viel Süßes? nein ja

WEITERES

Wir sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von Bekannten auf Empfehlung vom Zahnarzt im Internet
 sonstige _____

Möchten Sie an die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Ihres Kindes per E-Mail, SMS oder per Post erinnert werden?

Ja, unter folgender E-Mail Adresse: _____ nein

DATENSCHUTZ & EINVERSTÄNDNIS

Bitte beantworten Sie alle Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Milchzahnpraxis »kleine Helden«, Dr. Annegret Sabath, Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder von anderen Ärzten / Zahnärzten einholt, bei denen diese vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet diese Informationen weiterzugeben. Das ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____

MILCHZAHN
PRAXIS *kleine
Helden*

Dr. med. dent. Annegret Sabath

Zahnärztin für Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Große Ulrichstraße 60 D | 06108 Halle

E-MAIL helden@milchzahnpraxis-halle.de

WEB www.milchzahnpraxis-halle.de

SPRECHZEITEN

Mo & Mi 12 – 17 Uhr | Di & Do 9 – 14 Uhr
und nach Vereinbarung