

# Anmeldebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung mit Ihrem Kind in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/in Herr/Frau

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name / Vorname		geb.

### Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße / Hausnr.	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil

### Mitglied/ Zahlungspflichtige/r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name / Vorname		geb.

### Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße / Hausnr.	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil

### Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert         | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeversichert    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zuversichert   |  |   |

### Beruf des Mitgliedes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler / Student	

### Anschrift des Arbeitgebers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	Telefon
<input type="text"/>	
Postleitzahl / Ort	

## Anmeldebogen für Kinder

Datum

**Patient/in**

Name / Vorname

geb.

**Erziehungsberechtigte**  Vater  Mutter  Sonstige:

Überweisung von:  Hausarzt  Kinderarzt  selbst ausgesucht

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Wer ist Ihr Kinderarzt?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schonmal Zahnschmerzen?  ja  nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall mit Verletzungen im Mund / Kieferbereich?  
 ja  nein

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                   |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit         | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung / Gelbsucht   |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden           | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen            | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen            |
| <input type="checkbox"/> Spastik                 | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Immunschwäche                 |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung          |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung          |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung               |

Hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

ja  nein

Angeborene oder erworbene Herzfehler?

[Empty text box for congenital or acquired heart defects]

Herzoperationen? Welche, wann?

[Empty text box for heart operations]

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

[Empty text box for other diseases]

Hat Ihr Kind Allergien?

ja  nein

Wenn ja, worauf?

[Empty text box for allergies]

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche?

[Empty text box for medications]

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt?

ja  nein

Wenn ja, mit welchem Alter?

[Empty text box for feverish illnesses]

Ist Ihr Kind schonmal operiert worden?

ja  nein

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?

ja  nein

War Ihr Kind schonmal im Krankenhaus?

ja  nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

ja  nein

## Anamnese der Eltern

Sind Ihnen Allergien bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Mutter

[Empty text box for mother's allergies]

Vater

[Empty text box for father's allergies]

Neigen Sie zu?

Vater

Mutter

Karies

Zahnstein

Zahnfleischbluten

Zahnarztangst

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen bzw. obigen Angaben.

[Large empty box for signature and date]

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter