Anmeldebogen

DR. AXEL KRACKE
MODERNE ZAHNMEDIZIN

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 Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

Achtung:
Termine die Sie nicht einhalten können, sagen Sie bitte frühzeitig ab (spätestens 24 Std. vor Termin), da Ihnen die sonst entstandenen Kosten für den Ausfall in Rechnung gestellt werden (gem. §§611,615 BGB). Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Patient/in
Herr/Frau

Name / Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail

Postleitzahl / Ort | Telefon | Mobil

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

Name / Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail

Postleitzahl / Ort | Telefon | Mobil

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

- ☐ Ich bin pflichtversichert
- ☐ Ich bin freiwillig versichert
- ☐ Ich bin beihilfeversichert
- ☐ Ich bin privat zuversichert
- ☐ Ich bin privat versichert
- ☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
- ☐ Ich bin nicht versichert
- ☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber

- ☐ Schüler / Student

Anschrift des Arbeitgebers

Straße / Hausnr. | Telefon

Postleitzahl / Ort

DR. AXEL KRACKE
MODERNE ZAHNMEDIZIN

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?

- ☐ Asthma
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Anfallsleiden
- ☐ Hörstörungen
- ☐ Spastik
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Erkrankungen des Blutes
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Lebererkrankung / Gelbsucht
- ☐ Rheuma / rheumatisches Fieber
- ☐ Nervenerkrankungen
- ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
- ☐ Immunschwäche
- ☐ Geistige Verzögerung
- ☐ Geistige Behinderung
- ☐ Lernbehinderung

Hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ☐ ja ☐ nein

☐ Angeborene oder erworbene Herzfehler?

☐ Herzoperationen? Welche, wann?

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, worauf?

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchem Alter?

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

Vater

Neigen Sie zu?	Vater	Mutter
Karies	☐	☐
Zahnstein	☐	☐
Zahnfleischbluten	☐	☐
Zahnarztangst	☐	☐

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

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter