Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

ZAHNARZTPRAXIS
DR. THOMAS BAUM

Aufnahmebogen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Liebe Eltern / Erziehungsberechtigte,
wir sind stets bemüht, Ihnen und Ihrem Kind die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und uns diesen Bogen vollständig ausfüllen.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Bogen wird zur Patientenkartei hinzugefügt. Falls Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Patient/-in:
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Versicherte/-r
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____
o Gesetzliche Krankenkasse o Private Krankenkasse o Standard-/Basistarif o zusatzversichert
o vollversichert o Beihilfe

_____
Kinderärztin/Kinderarzt (Name, Adresse, Telefon)

_____
Kieferorthopädin / Kieferorthopäde (Name, Adresse, Telefon)

_____
Logopädin / Logopäde (Name, Adresse, Telefon)

_____
weitere mitbehandelnde Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres benötigen wir für die zahnärztliche Behandlung (außer akute Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten:

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum/-en des/der Erziehungsberechtigten

_____
Anschrift

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

© Copyright by Dr. Thomas Baum, 2016

Bitte wenden!

ZAHNARZTPRAXIS
DR. THOMAS BAUM

Einige Gesundheitsfragen zum Wohle Ihres Kindes

Bitte kreuzen Sie die jeweiligen Antworten an und füllen Sie bei Bedarf die Felder aus!

Allergien
Besteht bei Ihrem Kind (der Verdacht auf) eine Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber Materialien oder Medikamenten? o ja o nein
Falls Ja, gegen welche?

_____

Liegt ein Allergiepass vor? o ja o nein

Bluterkrankungen o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Herz-/Kreislauferkrankungen o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Augenerkrankungen o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe (Lunge, Niere, Darm,...) o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht [Hepatitis], Tuberkulose, Herpes) o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Krämpfe, Ohnmachtsanfälle, Psychische Erkrankungen) o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit [Diabetes], Lebererkrankung, Schilddrüsenerkrankung) o ja o nein
Falls ja, welche? _____

Ihre **Wünsche** sind uns wichtig! Sollten Sie vor der Zahnbehandlung Ihres Kindes Anmerkungen, persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen:

_____

Wir bieten einen kostenlosen **Erinnerungsservice** an, über den Sie sich einmal jährlich an einen ausstehenden Kontrolltermin für Ihr Kind erinnern lassen können.Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten, so tragen Sie bitte in das entsprechende Feld Ihre Wunsch-Benachrichtigung ein:

o per E-Mail an folgende Adresse _____
o per SMS an folgende Nummer _____
o per Post an folgende Adresse _____
o nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden!

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!

© Copyright by Dr. Thomas Baum, 2016