



DR. LECHNER

PRAXIS FÜR MUNDGESUNDHEIT

Sehr geehrte Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

Kind

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon privat:
Mobil:
E-Mail:

Krankenkasse:
Ist Ihr Kind Beihilfe berechtigt? ja nein
Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung? ja nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Wer ist Hausarzt/Kinderarzt Ihres Kindes?

Versicherter

Bitte nur ausfüllen, falls Ihr Kind in einer Familienversicherung mitversichert sind.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon privat:
Mobil:
E-Mail:
Beruf:
Arbeitgeber:
Telefon beruflich:

Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind die folgenden Krankheiten/Beschwerden/Befunde?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schildrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Immunschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? z. B. AIDS, HIV, Hepatitis A-E	_____
Lungenerkrankung z. B. Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Creutzfeldt-Jakob o. Variante	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	_____		

War Ihr Kind vor kurzem oder ist es in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Fachrichtung? _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Kieferorthopäden? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja welche? _____

Hat Ihr Kind Angst vor „dem Zahnarzt“?

ja nein

Wovor genau? _____

Welchen Tipp haben Sie, wie wir dieser Angst entgegen wirken können? _____

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? ja nein

Benötigt Ihr Kind die prophylaktische Einnahme von Antibiotika vor medizinischen Eingriffen? (**Endokartitisprophylaxe**) ja nein

Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen vom Mund Ihres Kindes? (nicht älter als 2 Jahre) ja nein

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie bei Ihrem Kind?

Kontrolltermin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Karies	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aussehen der Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Probleme mit der vorhandenen	
Kiefergelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstiges: _____

Weshalb suchen Sie uns mit Ihrem Kind auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Alle Angaben wurden nach bestem Gewissen von mir beantwortet und ausgefüllt.

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen mind. 48 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagt werden.

Vereinbarung:

Ich werde in meiner Bestellpraxis für die Behandlung Ihres Kindes Termine freihalten. Sollte Ihr Kind einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne dass Sie mich darüber rechtzeitig informieren, können mir dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. In diesen Fall wird Ihnen daher das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.

Unterschrift _____
(Zahnarzt)

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
(Erziehungsberechtige/r)