



ANMELDUNG UND ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in der Kinder-und Jugendzahnarztpraxis Kamilla in Mainz !
Für einen individuellen und reibungslosen Ablauf der Behandlung benötigen wir einige Angaben zur Person und Auskünfte zum Gesundheitszustand unserer Patienten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sollten Sie Hilfe bei der Beantwortung benötigen, sprechen Sie uns an.

PATIENT/IN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Hausarzt/-ärztin (Name, Adresse) _____

Das Kind ist mitversichert bei :

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon/privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Arbeitgeber _____ Beruf _____ Telefon/gesch. _____

Name des Ehegatten _____ Geburtsdatum _____

Telefon/privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Arbeitgeber _____ Beruf _____ Telefon/gesch. _____

KRANKENVERSICHERUNG

Name _____ gesetzlich versichert

privat versichert Beihilfe berechtigt nicht versichert

Zusatzversicherung / Kostenerstattung

TERMINERINNERUNG

Ich möchte an den 3 bis 6-monatigen Kontrolltermin erinnert werden?

ja nein

Zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes in unserer Praxis :

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt ? ja nein

Aus der Welt Ihres Kindes :

Lieblingstier / Kuscheltier _____ Lieblingsobst _____

Mein Kind ist Fan von _____ Lieblingsessen _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?

ERHEBUNGSBOGEN ÜBER VORHANDENE KRANKHEITEN

Herz-Kreislaufkrankungen:

Kreislaufkrankungen ja nein
 Herzerkrankungen ja nein
 Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen :

Diabetes ja nein
 Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems :

Epileptiforme Anfälle ja nein
 Krämpfe ja nein
 ADHS ja nein
 Medikamente ADHS ja nein wenn ja, welche _____
 Sonstiges _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörung ja nein
 Blutarmut (Anämie) ja nein
 Sonstiges _____

Allergien / Unverträglichkeiten :

Welche ? ja nein
 Besitz Ihr Kind einen Allergiepass ? ja nein

Infektionskrankheiten :

HIV ja nein
 Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Asthma ja nein
 Lungenerkrankung ja nein
 Schilddrüsenerkrankung ja nein
 Schwangerschaft ja nein
 Sonstiges _____

KRANKENHAUSAUFENTHALT : ja nein

Krankenhaus _____ Wann? _____
 Grund _____

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, fest vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.
- Bei nicht fristgerechter Absage des Termins und der Termin nicht neu vergeben werden kann, wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 75€ je angefangener halben Stunde geltend gemacht, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In einem solchen Fall haben Sie die Gründe unverzüglich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen.