

Praxis dr. med. dent. Nora Makki (Uni. Pécs)
Germaniaplatz 8 - 45355 Essen
Telefon 0201/ 680790 Telefax 0201/ 680043

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Kinder Anmeldung

Datum: _____

Kind:

Name Vorname geb.am Alter /Mon.

Mutter:

Name Vorname geb.am Beruf

Vater:

Name Vorname geb.am Beruf

Telefon:

Privat geschäftlich

Wohnort des
Versicherten:

PLZ/ Ort Straße

Das Kind ist
Mitversichert bei:

Mutter: _____ Vater: _____

Arbeitgeber des
Versicherten:

Name Straße PLZ/ Ort

Krankenkasse: privat: _____ freiwill.vers.: _____ pflichtvers.: _____

Name der Kasse:

Empfohlen oder
Überwiesen von

Grund des Besuches

Name und Adresse Ihres Kinderarztes:

Hinweis: Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu erstellen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Unterschrift: _____

ERHEBUNGSBOGEN ÜBER VORHANDENE KRANKHEITEN

Herz / Kreislauf:

angeborene Herzfehler ja ___ nein ___
Herzgeräusche ja ___ nein ___
hoher/ niedriger Blutdruck ja ___ nein ___
Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja ___ nein ___
Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle ja ___ nein ___
Krämpfe ja ___ nein ___
Sonstiges _____

Bluterkrankungen:

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

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit:

Welche? _____
Asthma ja ___ nein ___
Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ja ___ nein ___
Sonstiges _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung(Hepatitis A, B oder C) ja ___ nein ___
Tuberkulose ja ___ nein ___
Immunschwäche HIV positiv / AIDS ja ___ nein ___
chronische Erkrankung der Atemwege ja ___ nein ___
Sonstiges _____

Krankenhausaufenthalte:

wann: _____ Grund: _____
Krankenhaus: _____

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung?

ja ___ nein ___
seit wann: _____ Grund: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja ___ nein ___
Welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Wir danken für Ihre Angaben

_____ Datum

_____ Unterschrift

Liebe Eltern,

dieser Antwortbogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns.

Name des Kindes: _____ Durchbruch 1. Zahn mit _____ Mon.
Kosename des Kindes: _____ Lutschgewohnheiten _____

Die Welt Ihres Kindes

Mein Kind geht in Kindergarten Schule Musikschule Ballett
Sport andere _____

Liebblings- Comic: _____

Liebblings- Märchen: _____

Liebblings- Figur: _____

Liebblings- Beschäftigung: _____

Liebblings- Spiel: _____

Liebblings- Sport: _____

Liebblings- Essen: _____

Liebblings- Trinken: _____

Liebblings- Farbe: _____

Liebblings- Tier: _____

Liebblings- Kuscheltier: _____

Liebblings- Buch: _____

Liebblings- Freund: _____

Liebblings- Kleidung: _____

Liebblings- Musik: _____

Angstanamnese

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn Ja, gab es negative Erfahrung? Welche _____

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Zahnarzt) _____

Hat das Kind Angst? (allgemein, vor was) _____

Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z. B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt) _____

Unterschrift _____