

Anmeldebogen für ihre Kinder

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Anmeldung

Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Angaben zum Vater des Kindes

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Tel. dienstlich _____

E-Mail _____ Mobil _____

Beruf _____

Angaben zur Mutter des Kindes

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Tel. privat _____

Plz/Ort _____ Tel. dienstlich _____

E-Mail _____ Mobil _____

Beruf _____

Wer ist Erziehungsberechtigte/r für das Kind? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vater Mutter abweichende Person

Angaben zur abweichenden Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Tel. privat _____

Plz/Ort _____ Tel. dienstlich _____

E-Mail _____ Mobil _____

Versicherung

Wie ist das Kind versichert?

Gesetzlich freiwillig gesetzlich privat privat im Basistarif

Bei welcher Versicherung ist das Kind krankenversichert?

Name der Versicherung _____

Für den Fall, dass Sie die Versicherungskarte vergessen haben, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach. Andernfalls bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen unsere Leistungen privat in Rechnung stellen.

Über welchen Elternteil ist das Kind mitversichert?

Vater Mutter Selbst

Bei welcher Versicherung ist das Kind krankenversichert?

Name der Versicherung _____

Vorbehandler

Bisheriger Zahnarzt _____

Kinderarzt/ Hausarzt/ Spezialist _____

Gibt es bereits Röntgenbilder? Ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet sonstige

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Kontrolle erinnert werden? Ja nein

Bitte beachten Sie, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ausfallzeiten und somit Kosten verursachen, die wir Ihnen in Rechnung stellen müssen. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie daher, Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Gera, am _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r