

AUFNAHMEFORMULAR

Kinder

PATIENT/IN

Name Vorname
Geburtsdatum männlich weiblich
Adresse PLZ Ort
Tel P Mobile E-Mail

GESETZLICHE/R VERTRETER/IN

Gemeinsam Mutter Vater

MUTTER Name, Vorname:

Adresse (falls nicht wie oben):

Tel P Tel G Mobile

Beruf Arbeitgeber E-Mail

VATER Name, Vorname:

Adresse (falls nicht wie oben):

Tel P Tel G Mobile

Beruf Arbeitgeber E-Mail

KrankenkasseVers.Nr..... Ihr Zahnarzt

Wann war die letzte Karieskontrolle? Durch wen wurden Sie an uns überwiesen?

War Ihr Kind schon einmal wegen Zahnstellungsfehlern in Behandlung? Nein Ja

Falls ja, bei wem? Wann?

Besteht oder bestand bei Ihrem Kind eine Lutschgewohnheit (Daumen, Nuggi)? Nein Ja

Sind Sie bei der Kinder- und Jugendzahnpflege angemeldet? Nein Ja

Sind Sie Fürsorge- oder Sozialhilfeempfänger? Nein Ja

GESUNDHEITZUSTAND DES/R PATIENTEN/IN

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Ist ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Falls ja, warum?

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? Nein Ja, welche?

Hatte es je eine schwere Erkrankung? Nein Ja, welche?

War es je in Spitalbehandlung? Nein Ja, warum?

Hatte es je eine Verletzung an Gesicht,
Mund oder Zähnen? Nein Ja, welche?

Leidet oder litt ihr Kind unter:

Allergien Rheuma Gelbsucht, Hepatitis B,C HIV, Aids Blutgerinnungsproblemen Asthma

Diabetes Epilepsie/Krämpfe Herzerkrankungen Medikamenten-Unverträglichkeit

Sonstiges..... Nichts zutreffend

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis. Der/Die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass Drittpersonen mit Aufgaben im Zusammenhang mit Rechnungsstellung / Buchhaltung / Zahlungswesen betraut werden dürfen und dass die entsprechende Korrespondenz digital via E-Mail geführt werden darf.

Datum..... Unterschrift