



Anmeldung

16. August 2022

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ aktuelles Gewicht: _____ aktuelle Größe: _____

E- Mailangabe wichtig für Rechnungslegung!

Pflegegrad: _____

Angaben zum Vater des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Tel. Privat: _____

Plz/Ort: _____ Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Angaben zur Mutter des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Tel. Privat: _____

Plz/Ort: _____ Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Wer ist Erziehungsberechtigte/r bzw. Sorgeberechtigte/r für das Kind?

zutreffendes bitte ankreuzen

Vater

Mutter

abweichende Person

Angaben zur abweichenden Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Tel. Privat: _____

Plz/Ort: _____ Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Wie ist das Kind versichert?

Gesetzliche Krankenversicherung

Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherung (Basistarif)

Für den Fall, dass Sie die Versicherungskarte vergessen haben, haben Sie 10 Tage Zeit diese nachzureichen, andernfalls bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen unsere Leistungen in Rechnung stellen.

Bei welcher Versicherung ist das Kind krankenversichert?

Name der Versicherung _____

Über welchen Elternteil ist das Kind bei der zuvor genannten Krankenversicherung mitversichert?

Vater

Mutter

Geschwisterkinder in der Praxis Ja Name Geschwisterkinder: _____ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Internetauftritt

Fernsehen/Zeitung

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO gelesen habe und willige dieser ein.

Jena, den 16. August 2022

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Allgemeine Anamnese

16. August 2022

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte lesen Sie alle Fragen genau durch. ggf. fehlendes hinzuschreiben oder vorhandenes einkreisen.

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?	zutreffendes bitte ankreuzen
Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzgeräusche?	[] ja [] nein
Ist ein Herzpass vorhanden? Wenn ja, seit wann?	_____
Schwierigkeiten mit der Atmung, Lungenerkrankungen, Asthma?	[] ja [] nein
Lernschwäche oder Sprachprobleme?	[] ja [] nein
Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?	[] ja [] nein
Leber- oder Nierenerkrankung?	[] ja [] nein
Fieberkrampf oder epileptischen Anfälle?	[] ja [] nein
Veränderter Muskeltonus oder spastische Erkrankungen?	[] ja [] nein
Taubheit oder Hörprobleme?	[] ja [] nein
Blindheit oder Sehschwäche?	[] ja [] nein
Infektionskrankheiten wie z. Bp. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	[] ja [] nein
Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	[] ja [] nein
Tumore oder bösartige Krankheiten?	[] ja [] nein
Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?	[] ja [] nein
Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt durch:	
Frühgeburt?	[] ja [] nein
Kaiserschnitt?	[] ja [] nein
Zangengeburt?	[] ja [] nein
Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen?	[] ja [] nein
Bestehen sonstige Krankheiten/Gebrechen?	[] ja [] nein
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche? _____	[] ja [] nein
Wie äußern sich diese? _____	
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	[] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____	
Wurde Ihr Kind, außer zur Geburt, noch mal in einem Krankenhaus behandelt?	[] ja [] nein
Wenn ja, wo und warum? _____	
Hat Ihr Kind in den letzten 6 Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen?	[] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____	
Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig zum Kinderarzt?	[] ja [] nein
Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und den Ort/Anschrift an? _____	

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Jena, den 16. August 2022

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



zahnmedizinische Anamnese

16. August 2022

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

zutreffendes bitte ankreuzen

War Ihr Kind schon mal bei einem Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann und bei wem? _____

Hatte bzw. hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Hatte Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall in Mund- oder Gesichtsbereich? ja nein

Nennen Sie bitte den Grund für Ihren heutigen Besuch? _____

Haben Sie weitere, bisher nicht angesprochene Hinweise oder Fragen? _____

Ernährungsgewohnheiten

Ist Ihr Kind gestillt worden? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ja nein

Wenn ja, wie lange? von _____ bis _____

Noch immer? ja nein

Wann geben Sie die Flasche? morgens

abends

Was war/ist in der Flasche? _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser? ja nein

Isst Ihr Kind viel Süßes? ja nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? ja nein

Wenn ja, welche? Zahnpasta

fluoridiertes Salz

Tabletten

Schweigepflichtsentbindung: von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Kinderzahnärztin erforderlich ist. Soweit der Informationsbedarf eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Jena, den 16. August 2022

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r