



Anmeldung

23. November 2020

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ aktuelles Gewicht: _____ aktuelle Größe: _____

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 23. November 2020

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



zahnmedizinische Anamnese

23. November 2020

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

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 23. November 2020

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r