Anmeldeformular für Kinder

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Sie tragen damit dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen und es dann besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name des Patienten	Vorname	geb. Name
geb. am	Geburtsort	
Name des Versicherten	Vorname	geb. am
Straße / Nr.	PLZ Wohnort	Telefon priv.
Beruf des Versicherten	Arbeitgeber des Versicherten	Telfon gesch. / tagsüber
Krankenkasse	Hausarzt	

Allgemeinmedizinische Anamnese

Hat oder hat Ihr Kind eine der folgenden krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Allergien oder **Unverträglichkeiten** auf Spritzen/Medikamente? worauf? _____	☐	☐
Blutet es bei Ihrem Kind lange bei Verletzungen?	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen?	☐	☐
Herz-Kreislaufstörungen, kalte Hände oder Füße?	☐	☐
Veränderter Blutdruck (zu hoch, zu tief) ?	☐	☐
Infektiöse Erkrankungen?	☐	☐
- AIDS	☐	☐
- Hepatitis	☐	☐
- Tuberkulose	☐	☐
Kieferhöhlenentzündung?	☐	☐
Asthma, Lunkenerkrankung?	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐	☐
Nierenerkrankungen?	☐	☐

Sonstige **Erkrankungen**? _____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit **Medikamente** ein?
Welche? _____
Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welchem Monat:
Bitte beschreiben Sie eventuelle **Beschwerden** und das gewünschte **Behandlungsziel**:

_____

_____

Wovor hat Ihr Kind besonders Angst?

_____

Was sollen wir besonders beachten?

_____

Einverständnis zum Versand meiner Röntgen-Aufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zur Reduzierung von Röntgenstrahlen meine Röntgenbilder zwischen ärztlichen Kollegen verschickt werden dürfen. ja ☐ nein ☐
Ich bin damit einverstanden, dass diese per E-Mail verschickt werden dürfen. ja ☐ nein ☐

Terminerinnerung

Unser Praxisteam möchte Sie gerne halbjährlich an Ihren Zahngesundheitscheck bei uns erinnern.
Möchten Sie halbjährlich eine Erinnerungspostkarte erhalten? ja ☐ nein ☐
Möchten Sie halbjährlich eine Erinnerungs-E-Mail erhalten? ja ☐ nein ☐
E-Mail: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

empfohlen durch _____ Gelbe Seiten / Telefonbuch _____ Internet/Zeitung _____

Hinweis

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden oder zu kurzfristig abgesagt werden (24 Stunden vorher), 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).

Endlich haben Sie es geschafft! Nochmals vielen Dank für Ihre Mühe!

Wiesbaden, den _____ Unterschrift _____