

**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 .....

Krankenkasse .....Vers.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 .....