



# Anmeldung Kind

Gemeinschaftspraxis Dr. Heike Ridder & Denise Henke

|               |                                      |                                       |                                           |
|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| Kind:         | <input type="text" value="Vorname"/> | <input type="text" value="Nachname"/> | <input type="text" value="Geburtsdatum"/> |
| Elternteil 1: | <input type="text" value="Vorname"/> | <input type="text" value="Nachname"/> | <input type="text" value="Geburtsdatum"/> |
| Elternteil 2: | <input type="text" value="Vorname"/> | <input type="text" value="Nachname"/> | <input type="text" value="Geburtsdatum"/> |

## Krankenversicherung

Das Kind ist mitversichert bei: ☐ Elternteil 1 ☐ Elternteil 2

☐ Gesetzliche Versicherung

☐ Private Versicherung

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

☐ private Zusatzversicherung

Basistarif?

☐ Nein

☐ Ja, seit

Persönliche Angaben des Versicherten:

**Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind der Praxis umgehend mitzuteilen!**

**Termine, die ich nicht absage, werden mir privat in Rechnung gestellt!**

Das Kind besucht: ☐ Kindergarten ☐ Schule

Geschwister:  Schwester(n)

Bru(e)der

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? ☐ Überweisender Arzt ☐ Web

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Kinderarzt ihres Kindes:

## Vom Patienten / Eltern auszufüllen

### Allgemeine Anamnese

| Herz/Kreislauf                        | Ja                    | Nein                  |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Herzfehler:                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzgeräusche:                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzpass:                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stoffwechsel                          | Ja                    | Nein                  |
| Diabetes:                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion:             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion:            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nervensystem                          | Ja                    | Nein                  |
| Epileptische Anfälle:                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krämpfe:                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Neurologische Störungen:              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutkrankheiten                       | Ja                    | Nein                  |
| Hämophilie (Bluter):                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anämie (Blutarmut):                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien                             | Ja                    | Nein                  |
| Allergiepass vorhanden:               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asthma:                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chronische Atemwegs-<br>erkrankungen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Latex:                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergie:                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Allergien

Wenn Ja, welche:

### Infektionskrankheiten

(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Infektionskrankheiten

Wenn Ja, Welche:

### Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.

Sonstiges

Wenn Ja, welche:

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikament(e),

☐ Nein ☐ Ja, welche:

Ist Ihr Kind in **ärztlicher** (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Behandlungsgrund

☐ Nein ☐ Ja, wegen:

Arzt/Ärztin

War Ihr Kind eine Frühgeburt?

Wenn ja wann / welche Maßnahmen

☐ Nein ☐ Ja

### Impfstatus

entsprechend dem Alter komplett?

☐ Ja ☐ Nein

### Fluoridanamnese

- ☐ Fluoridierte Zahnpasta ☐ Fluorid  
☐ Fluoridiertes Speisesalz ☐ Fluoridtabletten

### Sonstige Besonderheiten

Besonderheiten

Wenn Ja, welche:

### Erster Zahnarztbesuch

### Heutiger Anlass ist:

Alter

(z. B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

## Vom Patienten / Eltern auszufüllen

### Zahnärztliche Anamnese

**Mund-/Kieferoperationen oder Unfälle** ☐ Ja ☐ Nein

Was

Wann

Wo

### Angewohnheiten

Ja (bis)

Nein

Daumenlutschen:

☐

☐

Fingernuckeln:

☐

☐

Schnuller:

☐

☐

### Flasche/Brust

Ja (bis)

Nein

Stillen:

☐

☐

Nuckelflasche:

☐

☐

Sportlerflasche:

☐

☐

Becher/Glas:

☐

☐

**Die häufigsten Getränke sind:**

Getränke

**Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?**

Ja

Nein

Geschwister:

☐

☐

Patient:

☐

☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ich stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu.

Ich verpflichte mich Änderungen und Terminabsagen rechtzeitig abzusagen, andernfalls kann mir die Praxis die Ausfallzeiten in Rechnung stellen.

Dresden, Datum

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigter