

# Anmeldebogen für Kinder

Liebe Eltern!

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben sind freiwillig. Diese werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Liebe Eltern,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Ihr Kind gesundheitliche Probleme hat, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Torsten Krell & Kollegen

## Name des Kindes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kinderarzt\*: \_\_\_\_\_

Mein Kind geht in \*:

- Die Krippe
- den Kindergarten
- die Schule, Klassenstufe \_\_\_\_\_

## Versicherter (Elternteil)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf\*: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch : \_\_\_\_\_

Internet

Google

Jameda

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Grund des Zahnarztbesuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Mein Kind hat Angst vor dem Zahnarzt

Ich selbst habe Angst vor dem Zahnarzt

Lieblingsessen meines Kindes \_\_\_\_\_

Hobbies meines Kindes \_\_\_\_\_

## Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zum Basistarif privat versichert

Beihilfeberechtigt

Private Zusatzversicherung



Weiter auf Seite 2



Dr. med. dent.  
Torsten Krell  
& Kollegen

Kaiserstr. 3  
60311 Frankfurt/Main  
Tel. 069 - 59 67 57 59

[www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de](http://www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de)



# Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!



## Hat Ihr Kind Allergien?

Nein  Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_

## Nimmt Ihr Kind regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hat Beschwerden beim Kauen                         | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankungen            | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hat oft Kopfschmerzen                              | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind atmet durch den Mund                               | <input type="checkbox"/> Endokarditis                           | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hat Schmerzen beim Öffnen                          | <input type="checkbox"/> Herz-Operationen / Schrittmacher       | <input type="checkbox"/> Epilepsie                |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hat bis _____ aus der Flasche getrunken            | <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung            | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hatte einen Unfall im Kieferbereich                | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)           | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind ist in kieferorthopädische Behandlung              | <input type="checkbox"/> MRSA-Krankenhauskeim                   | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____          |
| <input type="checkbox"/> Der letzter Zahnarzt-Besuch war _____                        | <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob oder Varianten (vCJK) |   |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind hat regelmäßig an Prophylaxemaßnahmen teilgenommen | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen                  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)             |   |
|   | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen              |   |
|   | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                      |   |
|   | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit                 |   |

### Meine Behandlungswünsche

- Ich möchte das Beste für die Zähne meines Kindes. Bitte informieren Sie mich über die optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.
- Ich möchte an Prophylaxetermine für mein Kind erinnert werden (Recall)
- Sonstiges:

#### Tipp:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte den zahnärztlichen Kinderpass und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

x

(Datum)

(Unterschrift)

### Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden, faxen oder mailen Sie ihn uns ausgefüllt zu.

**Um Wartezeiten vorzubeugen sind Ihre Termine exklusiv für Sie eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls sind wir nach § 615 BGB berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen.**

Ich habe die oben genannten Informationen zur Terminvergabe zur Kenntnis genommen.

x

(Datum)

(Unterschrift)



Praxis-Adresse scannen & speichern

Scannen Sie den QR-Code unserer **Praxis-Adresse** mit Ihrem Smartphone und speichern Sie sie in Ihren Kontakten ab. So können Sie bei Bedarf jederzeit darauf zugreifen. Apps zum Scannen finden Sie in den App-Stores



Dr. med. dent.  
Torsten Krell  
& Kollegen

Kaiserstr. 3  
60311 Frankfurt/Main  
Tel. 069 - 59 67 57 59

[www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de](http://www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de)

