



KINDERZAHNÄRZTE

DR. GHAUSSY & PARTNER

Anamnese - Kind

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

Patient Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____ Telefon: _____
Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____ Mobil: _____
Versichert über: Mutter Vater selbst

Erziehungsberechtigter: Mutter Vater Beide

Mitglied/ Zahlungsverpflichtiger/ Über welchen Elternteil ist Ihr Kind versichert? Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____ Telefon: _____
Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____ Mobil: _____
Beruf des Mitgliedes: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse _____ pflichtversichert privat Zusatzversichert
 privat Versichert freiwillig Versichert

Kinderarzt _____ PKV-Standardtarif Ich wünsche Kostenerstattung gem. §13 Abs. 2 SGB V
 beihilfeberechtigt

Zur Sicherheit Ihres Kindes erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen des Versicherungsstandes, Ihrer Adresse und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!

1. Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome bekannt: JA

a. Allergien, Unverträglichkeiten von Medikamenten/ Materialien wenn Ja, welche: _____

- b. Herz- Kreislauferkrankungen (angeborener) Herzfehler, Herz-Geräusche, Sonstiges, Herz pass/ Endokarditis Prophylaxe) weitere Erläuterung: _____
- c. Schwierigkeiten bei der Atmung (Asthma, Pseudo Krupp, Sonstiges) weitere Erläuterung: _____
- d. Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis A/B/C etc.) weitere Erläuterung: _____
- e. Internistische Erkrankungen (Diabetes, Blutgerinnungsstörung, Lebererkrankung, Nierenerkrankung, Epilepsie/ Krampfanfälle, Tumore Autoimmunerkrankungen, bösartige Erkrankungen, etc.) weitere Erläuterung: _____
- f. Störungen des Bewegungsapparates (Rheuma, Lähmungen, veränderter Muskeltonus, körperliche Behinderung, etc.) weitere Erläuterung: _____
- g. Geistige Verzögerung/ Behinderung (etc.) weitere Erläuterung: _____

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche? _____

3. Ist Ihr Kind vollständig geimpft? weitere Erläuterung: _____

4. Gab es in der Vergangenheit einen Unfall, im Mund- oder Gesichtsbereich? (zum Beispiel Sturz auf die Zähne, etc.) wenn ja, wann? _____

5. War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, warum? _____

6. Schnarcht Ihr Kind?

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich, spätestens 24h vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine müssen wir den kassenüblichen Satz berechnen.

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter