



KINDERZAHNÄRZTE

DR. GHAUSSY & PARTNER

Anamnese - Kind

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

Patient

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____ Handy: _____

Versichert über: Mutter Vater selbst

Erziehungsberechtigter: Mutter Vater Beide

**Mitglied/
Zahlungs-
pflichtiger**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____ Handy: _____

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? wenn ja, wann? _____
(zum Beispiel Sturz auf die Zähne, etc.)

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