



Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398
www.seitz-zahnarztpraxis.de · smile@seitz-zahnarztpraxis.de

Anmeldebogen mit Anamnese (Kinder)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DSGVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzhinweise liegt in unserer Praxis für Sie zur Information aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Angaben zum Kind

m w d

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Krankenkasse _____

Geburtsort _____

Kontaktdaten der Eltern

Telefon Privat _____

Telefon mobil _____

Telefon Geschäftlich _____

E-Mail _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wer ist Hauptversicherter?

m w d

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja nein

Krankenkasse _____

Pflichtversichert ja nein

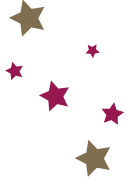
Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein





Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Hat Ihr Kind eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Hat Ihr Kind Gerinnungsstörungen? ja nein

Hat Ihr Kind Diabetes? ja nein

Liegt bei Ihrem Kind eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leidet Ihr Kind an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung? ja nein

Leidet Ihr Kind unter Migräne? ja nein

Hat Ihr Kind grünen Star? ja nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Krebserkrankung? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein

Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten zwei Jahre

eine Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt? ja nein

Sonstiger Grund

An regelmäßige Vorsorgetermine möchte ich erinnert werden

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

