



# Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Stix-Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)  
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398  
[www.seitz-zahnarztpraxis.de](http://www.seitz-zahnarztpraxis.de) · [smile@seitz-zahnarztpraxis.de](mailto: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?  
\_\_\_\_\_

Sind Sie überwiesen worden?

ja  nein

Wenn ja, von wem?  
\_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

m  w  d

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

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?

z.B.: künstliches Knie- oder Hüftgelenk, Stent, Bypass-Operation, künstliche Herzklappe, Herzfehler, Herztransplantation:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung?  ja  nein

Leidet Ihr Kind an einer Allergie?  ja  nein

Leidet Ihr Kind unter Migräne?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind grünen Star?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Magen-/Darmerkrankung?  ja  nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Krebserkrankung?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Wenn ja, wann?

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

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung  ja  nein

Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Monate eine Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt?  ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

Welcher Zahnarzt?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  ja  nein

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?  ja  nein

### An regelmäßige Vorsorgetermine möchte ich erinnert werden – gilt nicht für überwiesene Patienten

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen zu.  
Überwiesene Patienten: Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Isabell Seitz der Schweigepflichtentbindung gegenüber der überweisenden Zahnarztpraxis. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden. Es dürfen Röntgenbilder/ Arztberichte angefordert oder übersandt werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

