

Anmeldebogen für Kinder (0-18 Jahre)

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versichert über:

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ Wohnort _____ PLZ _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon / mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Kinderarzt (Name/Ort) _____

Zusatzversicherung _____ Beihilfe

Empfohlen durch

Zahnarzt Arzt Bekannte Internet

Sonstige _____

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

Routineuntersuchung Schmerzen Kieferorthopädie Invisalign

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, wie verlief der Besuch? _____

Beratung gewünscht

- Schlafapnoe / Mundatmung
- Kiefer- / Gebiss-Entwicklung (Kieferorthopädie)
- Gesunde, saubere Zähne & Zahnfleisch - Kinderprophylaxe
- Invisalign First - bei frühem Platzmangel

Bitte wenden ->



Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

Hat ihr Kind eine nachfolgende Krankheit?

- HIV / Hepatitis
- Tuberkulose
- Epilepsie
- Asthma
- Nierenerkrankung
- Herzerkrankung
- Hörstörung
- Blutgerinnungsstörung
- ADS / Autismus
- Neurodermitis
- Diabetes
- Sonstige Krankheiten

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? _____

Gewohnheiten

- Schnuller
- Daumenlutschen

Unfälle / Stürze

Wann: _____ Behandelnder Arzt: _____

- Mund
- Zähne
- Kiefer

Honorar & Abrechnung

Die Honorarabrechnung erfolgt auf Grundlage der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Fehlende oder gekürzte Kostenerstattungen durch Versicherungen oder Beihilfestellen ändern daher nichts an dem gemäß der GOZ festgelegten Honorar. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, auch bei fehlenden oder gekürzten Kostenerstattungen durch die Versicherung oder Beihilfestelle die von uns in Rechnung gestellten Positionen vollständig zu bezahlen.

Sorgerecht haben beide Eltern Ja Nein Amt Sorgerecht hat _____

Einverständniserklärung

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls berechnen wir für die nicht genutzte Zeit von Arzt, Personal und Behandlungsraum einen Pauschalbetrag von 50,-€.

- Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam gelesen, verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Achtung: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, daß er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt

