

Kinder-Anmeldebogen

Name, Vorname des Kindes..... geb. am:.....

Adresse (Strasse / PLZ / Ort).....

Familienversichert bei: Vater Mutter
 gesetzlich privat

Name der Krankenkasse:.....

Name, Vorname.....

Adresse (Strasse/ PLZ/Ort).....

tagsüber erreichbar unter Tel.nr.abends unter.....

Was ist der Grund Ihres Besuches?.....

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen, Finger Schnuller sonstiges wie Beißring, Trinkfläschchen o.ä..

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem?.....

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Allergiepass, wenn vorhanden, bitte vorlegen !

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? Name/Adresse/Telefon:.....

Kinderarzt Name/Adresse/Telefon:.....

Hatte oder hat Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht Sonstige Krankheiten und zwar.....

Herzfehler / -krankheit Lunge / Asthma

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten? ja, und zwar.....

.....

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja nein Wie oft täglich?.....

Ernährung ausgewogen überwiegend süß isst wenig.

Getränke Fruchtsäfte gesüßten Tee ungesüßten Tee

Mineralwasser Cola / Limonaden

Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine erinnern? ja.

Dürfen wir Sie auch anrufen? ja.

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden?

Kariesfrüherkennung ohne Strahlenbelastung ? ja. Ernährungsberatung ? ja.

Speicheltest zur Bestimmung des Kariesrisikos ? ja. Hochwertige Füllungen ? ja.

Datum:.....Unterschrift:.....