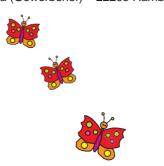
Alsterdorfer Str. 2a (Gewerbehof) 22299 Hamburg Tel.: 040 / 46 96 11 70 Fax: 040 / 46 96 11 71





## Sehr geehrte Eltern,

an erster Stelle möchten wir uns bedanken, dass Sie uns Ihr Vertrauen für die Behandlung Ihres Kindes aussprechen. Der vereinbarte Termin für die Erstuntersuchung Ihres Kindes ist am:

Um diese so effizient wie möglich zu gestalten, würden wir Sie gerne noch um Folgendes bitten:

- 1. Bringen Sie bitte Überweisungen mit, falls vorhanden.
- 2. Vergessen Sie nicht Ihre Chipkarte/Schein.
- 3. Falls Röntgenbilder bereits angefertigt wurden, bringen Sie diese bitte mit oder veranlasssen Sie den überweisenden Arzt diese an uns zu senden.
- 4. Bitte bringen Sie Allergiepässe, allgemeine Befunde oder Arztbriefe mit.
- 5. Bringen Sie bitte diesen Anmeldebogen ausgefüllt mit.

Bei diesem ersten Termin sollen Sie die Gelegenheit haben das Praxisteam kennen zu lernen. Wir besprechen sowohl die medizinischen als auch zahnmedizinischen Voraussetzungen Ihres Kindes und schlagen Ihnen sinnvolle Therapiemöglichkeiten vor. Damit Sie diese in Ruhe abwägen und mit allen Erziehungsberechtigten diskutieren können, werden von uns an diesem ersten Termin keine Behandlungen durchgeführt. Ihr Praxisteam Dr. Gilanschah

Vor- und Nachname des Kindes:		Alter:	
Geburtstag:	Geschlecht:	Versicherung:	
Adresse:	Oesonieont.	versionerung.	
Haus-Kinderarzt:		Familienzahnarzt:	
Wer hat uns empfohlen:		r diffilionizati idizt.	
Interessen des Kindes:			
Name und Alter der Geschv	vietor:		
Name der Mutter/Erziehungsberechtigten:			
Adresse:	Joboroonligion.		
Telefon zu Hause:		Versicherung:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Handy-Nr.:	
Name des Vaters:	Ocbartoort.	ridinay ivi	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Handy-Nr.:	
Adresse:	Cobartoort.	ridinay riii.	
Telefon zu Hause:		Versicherung:	
Handynummer:			
Tidinay Tidininion			
Medizinische Information:			
War Ihr Kind jemals im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein			
Notaufnahme?			
Wird ihr Kind kieferorthopädisch betreut? ☐ Ja ☐ Nein			
Nimmt Ihr Kind Medikamente?   Ja  Nein Wenn ja, welche?			
Hat Ihr Kind Allergien?			
Hat Ihr Kind jemals allergisch auf Penicillin oder andere Medikamente reagiert?   Ja Nein			
Wenn ja, auf welche?			



	Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie entsprechendes an.			
	□ Rheumatisches Fieber       □ Schilddrüsenerkrankung       □ Frühgeburt         □ Herzkrankheiten       □ Bluttransfusion       □ Immunsuppression         □ Herzgeräusche       □ Sichelzellanämie       □ Chemotherapie         □ Lebererkrankungen       □ Blutgerinnungsstörungen       □ Augenprobleme/Glaukom         □ Nieren-Blasenerkrankungen       □ Entwicklungsstörungen       □ Hörprobleme         □ Lungenerkrankungen       □ Cerebralparese       □ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte         □ Asthma       □ Hepatitis       □ Sprachprobleme         □ Tuberkulose       □ Diabetes       □ HIV         □ Andere:       □ Epilepsie       □ Blutarmut			
5				
	Kommunikation und Datenschutz			
	Sind Sie einverstanden, wenn wir Röntgenbilder und Diagnosen anderen Ärzten zur Verfügung stellen?			
	Ja: Unterschrift Mutter:       Unterschrift Vater:         Nein       Unterschrift Vater:			
	Damit wir Ihnen ggf. die Röntgenbilder ihres Kindes persönlich zusenden können,			
	geben Sie uns bitte eine email-Adresse an:			
	Für telefonische Auskünfte benötigen wir ein Kennwort:  Wenn Sie kein Kennwort vergeben, können wir keine telefonischen Beratungen machen!			
	Organisation des Zahnarztbesuchs			
	Wird Ihr Kind immer mit einem Erziehungsberechtigten zu uns kommen?			
	Ja Nein, mein Kind ist alt genug um alleine zu kommen			
	Nein, mein Kind kommt in Begleitung von:			
	Gibt es Personen, die im juristischen Sinne Ihrem Kind fernbleiben müssen? Ja Nein			
	Falls Ja bitte den Namen angeben:			
	Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben nach bestem Gewissen gemacht worden sind. Falls Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie spätestens 24 Std. im Voraus abzusagen, da wir Ihnen den Termin sonst in Rechnung stellen müssen. Notfälle und besondere Gründe sind von dieser Regelung ausgenommen.  Anfahrtshilfe: Wenn sie den Winterhunder Marktplatz - Alsterdorfer Str. 2a erreicht haben, sehen Sie zwei nebeneinander liegende Banken (HASPA und COMMERZBANK). Gegenüber befindet sich eine Toreinfahrt, durch die Sie zu einem rückwärtigen Gebäude gelangen. Im ersten Stock befindet sich die Praxis. Beachten Sie bitte, dass wir keinen Fahrstuhl besitzen. Sollte es Transportprobleme geben, sagen Sie kurz an der Anmeldung Bescheid, damit wir Ihnen helfen können.			
	Unterschrift/Datum			



