



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 veranlassen Sie den überweisenden Arzt diese an uns zuzusenden.
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:		
Geburtsstag:	Geschlecht:	Versicherung:
Adresse:		
Haus-Kinderarzt:		Familienzahnarzt:
Wer hat uns empfohlen:		
Interessen des Kindes:		
Name und Alter der Geschwister:		
Name der Mutter/Erziehungsberechtigten:		
Adresse:		
Telefon zu Hause:		Versicherung:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Handy-Nr.:
Name des Vaters:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Handy-Nr.:
Adresse:		
Telefon zu Hause:		Versicherung:



Medizinische Information:

War Ihr Kind jemals im Krankenhaus? Ja Nein
Notaufnahme? Ja Nein Wenn ja, warum? _____
Wird Ihr Kind kieferorthopädisch betreut? Ja Nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
Wenn ja, auf was _____
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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Frühgeburt |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Bluttransfusion | <input type="checkbox"/> Immunsuppression |
| <input type="checkbox"/> Herzgeräusche | <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie | <input type="checkbox"/> Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Augenprobleme/Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Nieren-Blasenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hörprobleme |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Cerebralparese | <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV |
| | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Blutarmut |

Andere: _____

Kommunikation und Datenschutz

E-Mail: _____

Für telefonische Auskünfte benötigen wir ein Kennwort: _____
(Ohne dieses Kennwort sind keine Auskünfte möglich)

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 Winterhuder 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

