



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 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: _____
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: _____
Handynummer: _____

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?

Bitte kreuzen Sie entsprechendes an.

- | | | |
|--|--|---|
| <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"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Blutarmut |



Kommunikation und Datenschutz

Sind Sie einverstanden, wenn wir Röntgenbilder und Diagnosen anderen Ärzten zur Verfügung stellen?

Ja: Unterschrift Mutter: _____ Unterschrift Vater: _____

Nein

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 _____

