

ANAMNESEBOGEN-ZUSATZ FÜR KINDER



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe der zahnmedizinische Befunderhebung /Behandlung Ihres Kindes zuwenden, benötigen wir neben Angaben zur Person Ihres Kindes auch Ihr Einverständnis zur Behandlung, da Ihr Kind noch nicht das 18. Lebensjahr erreicht hat. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes zugefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon (Privat) _____ Telefon (Handy): _____

E-Mail Adresse: _____ Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert: - ja nein privat versichert: ja nein Basistarif: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Hausarzt / -Ärztin ,Kinderarzt /-ärztin – Name, Adresse, Telefonnummer

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin – Name, Adresse, Telefonnummer

Logopäde / Logopädin – Name, Adresse, Telefonnummer

Weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen(z.B. Homöopath, Osteopath, ...) – Name, Adresse, Telefonnummer

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Nachname,Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r