

# Aufnahmebogen

## Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich: \_\_\_\_\_  privat: \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter:**  Mutter  Vater

**sorgeberechtigt:**  Mutter  Vater  abweichende Person  Eltern getrennt lebend

**Angaben zur Mutter:**  Rechnungsempfänger Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vater:**  Rechnungsempfänger Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Angaben zur abweichenden Person:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## Behandelnde Ärzte:

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Überweisung? Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Bekommt/bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien:  Logopädie  Ergotherapie  Physiotherapie

Ergänzende Angaben: \_\_\_\_\_

## Hat oder hatte Ihr Kind folgende **Erkrankungen:**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Hörstörung             |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Rheuma         | <input type="checkbox"/> Tuberkulose      | <input type="checkbox"/> HIV              | <input type="checkbox"/> Vit.B12-Mangel         |

Sonstige Erkrankungen / ergänzende Angaben:

Mein Kind hat einen  Herzpass  Allergiepäss

## Mein Kind nimmt folgende **Medikamente:**

Mein Kind ist geimpft:  ja, vollständig  ja, teilweise  nein

Mein Kind bekommt Fluoride:  Zahnpasta  Fluorid-Salz  Fluorid-Tabletten

Mein Kind wird vegan ernährt:  ja  nein

Mein Kind bekommt Vit. D:  nein  ja, in Form von: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat negative Vorerfahrungen  beim Zahnarzt  bei anderen Ärzten

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben:

Ort, Datum, Name + Unterschrift

- Ich bin mit der Erstellung von Röntgenbildern zu diagnostischen Zwecken einverstanden.  
(bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist das Einverständnis beider notwendig).

Ort, Datum, Name + Unterschrift

- Ich bin mit der Anwendung von Fluorid bei meinem Kind einverstanden.  
(bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist das Einverständnis beider notwendig).

Ort, Datum, Name + Unterschrift