

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 Allergiepass

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.

Ich bin mit der Erstellung von digitalen Röntgenbildern zu diagnostischen Zwecken einverstanden, wenn eine Indikation vorliegt.

Mit der Verwendung von Fluorid in der Prophylaxe sowie bei Indikation bin ich einverstanden.
(bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist das Einverständnis beider notwendig).

Ort, Datum, Name + Unterschrift