



## ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name \_\_\_\_\_

*Erziehungsberechtigte:*

Vorname \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

*Über wen ist das Kind versichert:*

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kinderarzt \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?**

JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**LEIDET ODER LITT IHR KIND AN:**

JA NEIN

Herzerkrankungen \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_

Bluterkrankungen \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen \_\_\_\_\_

Magen-Darmerkrankungen \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Geistige Behinderung \_\_\_\_\_

Epilepsie \_\_\_\_\_

**WÜNSCHEN SIE RECALL ZU (ERINNERUNGSSERVICE)**

JA NEIN

Kinderprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung)

Allgemeine Vorsorgeuntersuchung

**HABEN SIE FÜR IHR KIND EINE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG ABGESCHLOSSEN?**  JA  NEIN

Wenn ja, bei \_\_\_\_\_

Da wir in unserer Praxis nach einem Bestellsystem arbeiten, werden die vereinbarten Termine ausdrücklich für Sie freigehalten. Wir bitten Sie daher, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese Zeit ggf. anderweitig verplanen können. Sollte dies nicht rechtzeitig geschehen, sind wir im Sinne des § 615 BGB berechtigt, das Ausfallhonorar von 50 Euro je halber Stunde Ihnen in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Heilbronn, den

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte(r)

