



## Patientenerhebungsbogen

Patient Kind Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherter/Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

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

Telefon(privat): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt

Zusätzlich versichert

Freiwillig versichert

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

### Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten:

Herzerkrankung ja nein

Asthma o. Atemnot ja nein

Diabetes ja nein

Genetische Erkrankung ja nein

Tumore ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Epilepsie(Krampfanfälle) ja nein

Allergien ja nein

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

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

ja nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Ich erkläre mich, mit der elektronischen Speicherung, der Daten meines Kindes zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit meines Kindes ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor vereinbarten Termin abzusagen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_