



## AUFNAHMEBOGEN

Liebe Eltern, herzlich willkommen! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir einige Angaben zu den Personalien und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Für eine adäquate Beratung und risikoarme Behandlung ist dies sehr wichtig. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr LACH MAL-Team.**

### PATIENT (KIND)

Vorname		Name	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Adresse			
Ihr Kind geht in	<input type="checkbox"/> die Kita	<input type="checkbox"/> den Kindergarten	<input type="checkbox"/> die Schule in Klasse ____

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE:R Mutter Vater \_\_\_\_\_

Vorname Mutter		Name Mutter	
Geburtsdatum		E-Mail	
Telefon privat		Telefon mobil	
Adresse der Mutter (falls abweichend)			
Vorname Vater		Name Vater	
Geburtsdatum		E-Mail	
Telefon privat		Telefon mobil	
Adresse des Vaters (falls abweichend)			
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.		
	<input type="checkbox"/> Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten & vertrete ihn.		
	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht erziehungsberechtigt.		

### KRANKENVERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung	_____		
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> beihilfsberechtigt	
Über wen ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> _____
Besteht eine private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja	Name	_____
Wer ist der Rechnungsempfänger bei privaten Leistungen?			
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____



Kinderarzt

Bisheriger Zahnarzt

Kieferorthopäde

Weitere beteiligte Therapeuten z.B. Logopäden

Überweisung durch  Kinderarzt  Zahnarzt  Kieferorthopäde  Sonstige

Grund des heutigen Besuches  Vorsorgeuntersuchung

Beschwerden, welche? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Wie verliefen die bisherigen Zahnarztbesuche?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

## HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Dies erspart Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass bei wiederholtem Nichterscheinen oder nicht rechtzeitigem Absagen (bis 24 Stunden vorher) keine weitere Behandlung in unserer Praxis erfolgen kann.

Möchten Sie über anstehende Termine sowie halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen informiert werden?

Ja, per SMS.  Ja, per E-Mail.  Nein, danke.

*Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Kinderzahnarztpraxis LACH MAL von der Schweigepflicht ausschließlich gegenüber anderen Ärzten/Zahnärzten und Versicherungen (Telefonate/Arztbriefe, Röntgenbilder/Berichte anfordern/verschicken).*

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE BEHANDLUNG VON MINDERJÄHRIGEN

Hat der Patient (m/w/d) das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte:r

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r