

Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital Dr. med. dent. Martin Emmerich und Partner

Boxgraben 99 - 52064 Aachen
Telefon: 0241 - 4007277 - Telefax: 0241 - 4007278

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können,
benötigen wir einige Daten von Ihnen.

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherte

Vorname Name: _____

Geburtsdatum Vorname:: _____

Geburtort (Wichtige Information für Röntgeneintragungen)

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.Privat _____ Tel.Mobil: _____

E-Mail: _____ @ _____

Beruf. _____ Wer soll die Rechnung erhalten ?

Arbeitgeber,Ort _____ Name: _____

_____ Adresse: _____

Tel.Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse : _____ Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert: Ja () / Nein () Dienstes Ja () / Nein ()

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung? Ja () / Nein ()

Möchten Sie 3 Tage vorher an Ihren vereinbarten Termin erinnert werden? Ja () / Nein ()

Wie möchten sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden ?
() E-Mail oder () SMS

Möchten Sie unseren Newsletter per Email erhalten?
Eine An,- und Abmeldung ist jederzeit möglich Ja () / Nein ()

**Wir bitten Sie Termine, die sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da
ansonsten die durch ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können
(gemäß §615 BGB).**

Aachen, 10. Februar 2016 _____
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Wir nehmen die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten äußerst ernst.
Deshalb würden wir gerne wissen, was wir bei der
Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen sollen.

Fragen zum Kind:

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung? _____
 Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____
 Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen? _____
 Grund des heutigen Zahnarztbesuchs: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

_	Allergien	JA () / NEIN ()
	wenn ja gegen was? _____	
	Ist eine Allergie gegen Latex bekannt? (Kann Ihr Kind Luftballons aufblasen?)	JA () / NEIN ()
_	Asthma	JA () / NEIN ()
_	Lungenerkrankungen	JA () / NEIN ()
_	Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	JA () / NEIN ()
_	Spastik	JA () / NEIN ()
_	Nierenerkrankung	JA () / NEIN ()
_	Lebererkrankung	JA () / NEIN ()
_	Erkrankungen des Blutes	JA () / NEIN ()
_	Immunschwäche (z.B. Aids)	JA () / NEIN ()
_	Magen-Darm-Erkrankungen	JA () / NEIN ()
_	Diabetes (Zuckerkrankheit)	JA () / NEIN ()
_	Erkrankungen des Herzens	JA () / NEIN ()
	wenn ja, welche _____	
_	Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	JA () / NEIN ()
	Wenn ja, welche? _____	
_	Atmet Ihr Kind durch den Mund?	JA () / NEIN ()
_	Hat oder hatte Ihr Kind im Kleinkindalter viele Infekte/Bronchitiden?	
	Wenn ja, bekam Ihr Kind Antibiotika? Welches? _____	

Vorgeschichte der Eltern:

_	Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	
	Wenn ja, welche?	
	Mutter: _____	
	Vater: _____	

	Mutter	Vater
Neigen Sie zu Karies	_ ja _ nein	_ ja _ nein
Neigen Sie zu Zahnstein	_ ja _ nein	_ ja _ nein
Neigen Sie zu Zahnfleischbluten	_ ja _ nein	_ ja _ nein
Neigen Sie zu Zahnarztangst	_ ja _ nein	_ ja _ nein
Ist bei Ihnen eine Parodontitis (Erkrankung des Zahnhalteapparates) bekannt?	_ ja _ nein	_ ja _ nein

Name des Kinderarztes: _____

Wir benötigen bitte die Angabe des Gewichts _____ Kg
(aus pharmakologischen - und betriebstechnischen Gründen)

Erziehungsberechtigte:

- Vater
- Mutter
- Eltern
- Sonstige

Allgemeines:

Wir bieten in unserer Praxis nur höchste Qualität und unterscheiden nicht zwischen Kassen- und Privatbehandlungen. So können bei Kassenpatienten für manche Leistungen Eigenanteilkosten entstehen. Wir informieren Sie im jeweiligen Fall darüber und erstellen Ihnen einen Kostenvoranschlag für Ihr Kind.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass alle nicht kassengetragenen Beträge unter 150,00 Euro direkt nach der Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu entrichten sind. Die Rechnungen über 150,00 Euro schicken wir über unser Rechnungszentrum " EOS health AG " zu.

Sonderinformation: Es besteht die Möglichkeit der **zinsfreien Ratenzahlung (Mindestrate von 50 Euro/Monat) bis zu 12 Monaten** über unseren Abrechnungsservice ZA AG. Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte direkt an ZA AG (Tel.: +49 (0)2115693396).

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

Aachen, 10. Februar 2016

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter