

# 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

22. Juli 2019

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

Vorname Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vorname:: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Geburtort (Wichtige Information für Röntgeneintragungen)

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.Privat \_\_\_\_\_

Tel.Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Beruf. \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten ?

Arbeitgeber,Ort \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: Ja ( ) / Nein ( )

Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes Ja( ) / Nein ( )

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

**Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Versicherungspolice bei.**

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

**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, 22. Juli 2019 \_\_\_\_\_  
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)	_ ja _ nein	_ ja _ nein

bekannt?

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

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

Erziehungsberechtigte:

- Vater
- Mutter
- Eltern
- Sonstige

**Bitte tragen Sie unten die Zeiten ein, zu denen Sie am besten können:**

**Mo            Di            Mi            Do            Fr            Sa**

**Bitte tragen Sie unten die Zeiten ein, zu denen wir Sie am besten erreichen können:**

**Mo            Di            Mi            Do            Fr            Sa**

**Wo sind Sie am besten erreichbar?**

**Telefon Privat:**

**Telefon Mobil:**

**E-Mail:**

**Beruflich:**

**Sonstiges:**

**Wir bitten Sie, aktuelle bzw. vorhandene Röntgenbilder Ihrer Zähne bei Ihrer bisherigen Zahnarztpraxis anzufordern und uns diese vorab aus datenschutzrechtlichen Gründen postalisch oder persönlich zur Verfügung zu stellen.**

#### 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 kassengeborenen 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 "ZA 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 die ZA AG nach Rechnungserhalt.

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

Aachen, 22. Juli 2019 \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter