

Aufnahmebogen

Kind

Name	Vorname	
geboren am	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	

Erziehungsberechtigte(r)

Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>
Vor- und Nachname der Mutter		geboren am
Telefon privat	Telefon Arbeit	
Telefon mobil	E-Mail	
Vor- und Nachname des Vaters		geboren am
Telefon privat	Telefon Arbeit	
Telefon mobil	E-Mail	

Krankenversicherung

Wie ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert
Über wen ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	
Name der Krankenversicherung?				
Wer ist der Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter		
Name Kinderarzt?	Ort?			

Zahnmedizinische Anamnese

	ja	nein
1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?	<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Beschwerden	
3. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind bzw. putzt sich Ihr Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	
4. Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind die Flasche zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zum Einschlafen <input type="checkbox"/> nachts		
7. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?		

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Bitte lesen Sie alle Fragen sorgfältig durch und kreuzen Zutreffendes an:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt? Wenn ja, welche?	ja	nein
1. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkrankungen der Leber oder Niere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Genetische Erkrankungen/Syndrome? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist Ihr Kind geimpft? Wenn ja, gegen was? <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Varizellen <input type="checkbox"/> MMR (Wundstarrkrampf) (Keuchhusten) (Windpocken) (Masern, Mumps, Röteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hatte Ihr Kind bereits eine ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung in Vollnarkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnet werden können. (80,00 Euro/Stunde) §615 BGB.