

**Zahnärzte**

Dr. med. univ. Dr. med. dent.

Cornelia Zwicknagel

Dr. med. dent.

Stefan StrasserKlausgasse 49
A-5730 MittersillTel. +43 (0) 65 62 / 48 650
Fax. +43 (0) 65 62 / 48 650 50info@praxis-zwicknagel-strasser.at
www.praxis-zwicknagel-strasser.at

Anmeldeformular Kind

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Danke.

Patient Nr. _____

Familienname _____ Vorname _____

Vers. Nr. _____ Geb. datum _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Telefon- / Mobilnummer _____

E-Mail _____

Hausarzt _____ Krankenkasse _____

Erziehungsberechtigter _____

Mitversichert bei

Familienname _____ Vorname _____

Vers. Nr. _____ Geb. datum _____ Akad. Grad _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Telefon- / Mobilnummer _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Datum / Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, darauf hingewiesen worden zu sein, dass ich in einer WAHLARZTPRAXIS behandelt werde, d.h. eine Behandlung auf Krankenschein oder Überweisungsschein NICHT erfolgen kann und ich für die Behandlung / Untersuchung / Beratung eine Honorarnote erhalte, welche ich unmittelbar nach der Behandlung BAR oder mittels BANKOMAT- / KREDITKARTE zu begleichen habe.

Gerne reichen wir Ihre Honorarnote für die Kostenrückerstattung bei Ihrer Versicherung ein.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung erlauben wir uns, ein Honorar zu verrechnen.

**Zahnärzte**

Dr. med. univ. Dr. med. dent.

Cornelia Zwicknagel

Dr. med. dent.

Stefan StrasserKlausgasse 49
A-5730 MittersillTel. +43 (0) 65 62 / 48 650
Fax. +43 (0) 65 62 / 48 650 50info@praxis-zwicknagel-strasser.at
www.praxis-zwicknagel-strasser.at

Anamnesebogen Kind

Nachstehende Fragen bitte ankreuzen bzw. in Blockbuchstaben ausfüllen. Danke.

Grund des heutigen Zahnarztbesuches _____

War Ihr Kind schon bei einem Zahnarzt? Ja NeinBesteht eine Zahnarztangst? Ja Nein

Wie verliefen die bisherigen Zahnarztbehandlungen? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Ja NeinHatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? Ja Nein

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit / Diabetes | <input type="radio"/> Lebererkrankung / Gelbsucht |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden | <input type="radio"/> Hörstörung |
| <input type="radio"/> Rheuma / rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Immunschwäche HIV / AIDS |
| <input type="radio"/> Geistige Behinderung | <input type="radio"/> Geistige Verzögerung |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Erkrankung des Blutes |
| <input type="radio"/> Sonstige | |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
Wenn ja, worauf? _____Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal? Ja NeinVerwendet Ihr Kind einen Schnuller? Ja NeinLutscht Ihr Kind am Daumen? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? _____

Was trinkt Ihr Kind am Tag? _____

Was trinkt Ihr Kind in der Nacht? _____

Wie lange erhielt Ihr Kind die Flasche? _____

Welche Mundhygieneartikel verwendet Ihr Kind?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Handzahnbürste | <input type="radio"/> elektrische Zahnbürste |
| <input type="radio"/> Zahnseide | <input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürstchen |

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? 1x 2x 3xWie oft putzen Sie bei Ihrem Kind täglich die Zähne? 1x 2x 3x

Datum / Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Unterschrift Zahnarzt