

# Anmeldung und Anamnese des Kindes

Formular direkt ausfüllen.

Name Patient

Vorname Patient

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft (Eltern)

Telefon Mobile (Eltern)

Name und Vorname Mutter

Name und Vorname Vater

Zivilstand

Sorgerecht                                      gemeinsam                                      Mutter                                      Vater                                      Beistand

Rechnung an

E-Mail

(Wir schicken keine Werbung oder Newsletter)

Ihre Grundversicherung

Besteht eine Zahnpflege- oder Zahnzusatzversicherung?                                      Ja                                      Nein

AHV-Nr.

Beziehen Sie Sozialhilfe?                      Ja                                      Nein

Name des Kinder- oder Hausarztes

Ich bin **einverstanden**, dass mir/meinem Kind – falls notwendig – eine Lokalanästhesie verabreicht wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Krabbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ebenfalls kann es sehr selten zu allergischen Reaktionen auf das Anästhetikum und dessen Zusatzstoffe geben.

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass nach zahnärztlichen-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Terminverschiebungen oder Absagen sind mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen, ansonsten werden sie als versäumte Sitzungen verrechnet. Sind beide Eltern Inhaber der elterlichen Sorge, so dürfen gutgläubige Drittpersonen voraussetzen, dass jeder Elternteil im Einvernehmen mit dem Anderen handelt (Art. 304 Abs. 2 ZGB).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben.

Datum

Unterschrift

## Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes

Formular kann direkt mit dem Programm Acrobat ausgefüllt werden.

Ja    Nein

War das Kind während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? .....

Wurde das Kind schon einmal operiert? .....

Nimmt das Kind zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Sind beim Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Speisen, Medikamente, Injektionen oder Heftpflaster bekannt?

Wenn ja, welche?

Neigt das Kind zu langen Blutungen oder nimmt es Blutverdünner (Antikoagulantien) ein? .....

Leidet das Kind an hohem oder niedrigem Blutdruck? .....

Leidet das Kind an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? .....

Hat das Kind künstliche Gelenke/Herzklappen oder transplantierte Organe? .....

Wurde das Kind im Gesichtsbereich je operiert oder bestrahlt? .....

Hatte das Kind je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer? .....

Leidet oder litt das Kind je an folgenden Erkrankungen oder Behinderungen:

Ja    Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)? .....

Gelenkbeschwerden, Rheumatismus? .....

Erkrankungen der Atmungsorgane? .....

Osteoporose? .....

Epileptische Anfälle? .....

Tumorerkrankungen? .....

Herzschrittmacher? .....

seelisches Leiden? .....

Magen-/Darmprobleme? .....

Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)? .....

Hautausschläge? .....

andere

Ja    Nein

Fällt das Kind leicht in Ohnmacht? .....

Erbricht das Kind häufig? Probleme mit Brechreiz? .....

Besteht Verdacht auf vererbte Zahn- oder Kieferanomalien (Eltern, Verwandte)? .....

Atmet das Kind oft durch den Mund? .....

Hat das Kind länger «gelutscht» als drei Jahre (Daumen, Nuggi)? .....

Ich ermächtige hiermit die Zahnarztpraxis Huber, sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden medizinischen Auskünfte bei anderen Ärzten, Spitälern und Versicherungen einzuholen wie auch zu erteilen. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Versicherungen, Betreibungsamt, Sozialamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben.

Datum

Unterschrift

**Ausgefülltes Formular direkt als Email senden**