



## Dr. Eva Nassberger – Zahnärztin | Kinderzahnbehandlung

Schneeberggasse 50 a | 6020 Innsbruck | Tel.: 0512/28 86 65-3 | Fax: 0512/28 86 65-4  
E-mail: ordination@evanassberger.at | www.evanassberger.at

# Patientenanmeldung

### Name des Kindes

(Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Versicherungsnr.

Adresse

### Name der Mutter

(Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Versicherungsnr.

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobil

### Name des Vaters

(Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Versicherungsnr.

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobil

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter

Vater

Sonstige

Bei wem ist das Kind mitversichert?

Name der Krankenkasse / Versicherungsträger:

Zahnzusatzversicherung, wenn ja, wo?

nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Falls es Ihnen nicht möglich ist, einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben. Bei Versäumnis müssen wir Ihnen aus organisatorischen Gründen die Ausfallszeit berechnen.

Mir ist bewusst, dass ich Privatpatient bin und nur den kassenmäßig vorgesehenen Anteil der Kosten von meiner Krankenkasse ersetzt bekomme. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Datum, Unterschrift



## Anamnese des Kindes

Name des Kindes

(Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Versicherungsnr.

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

ja nein

1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit: \_\_\_\_\_  ja  nein
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?  ja  nein
3. Erkrankungen der Leber oder Niere?  ja  nein
4. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?  ja  nein
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?  ja  nein
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?  ja  nein
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?  ja  nein
9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung?  ja  nein
10. Probleme beim Hören oder Taubheit?  ja  nein
11. Probleme beim Sprechen?  ja  nein
12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? \_\_\_\_\_  ja  nein
14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?  ja  nein
17. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?  ja  nein

Warum? \_\_\_\_\_

18. Name des Kinderarztes: