

# Anmeldebogen für Kinder

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

Wenn ihr Kind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied ist, wer ist **Versicherter**?

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

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

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

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

## Eltern

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

Handy: \_\_\_\_\_

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

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

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Wer soll die Rechnung erhalten?

Sitz der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Pflichtversichert:  ja  nein

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

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja  nein

Wer hat sie empfohlen? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe / Medikamente?  ja  nein

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, weshalb?  ja  nein

Leidet Ihr Kind unter einer Bluterkrankung? (Blutungsneigung, Blutarmut, etc.)  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herz-/ Kreislaufferkrankung? (Herzklappenfehler, Endokarditis, etc.)  ja  nein

Leidet Ihr Kind an einer Infektionserkrankung? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, etc.)  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, etc.)  ja  nein

Hat ihr Kind eine Magen- / Darm- oder Nierenerkrankung?  ja  nein

Grund des heutigen Besuches: \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

Hatte ihr Kind einmal einen Unfall im Mundbereich?  ja  nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen?  ja  nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?  ja  nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluoride? (Zahnpasta, Fluoridtabletten, Fluorid. Speisesalz, etc.)  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Seefeld, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/er