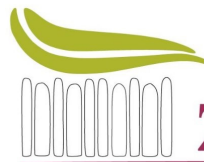


Anmeldeformular  
Kinder und Jugendliche/  
jährliche Aktualisierung der Daten



**Zahnärzte**

Dr. Petra Dunker & Dr. Dirk Gronewold

Embser Landstraße 25 · 28832 Achim · Tel.: 04202 - 63628  
info@dunker-gronewold.de · www.dunker-gronewold.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

versichert über (Elternteil):

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

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt:  
\_\_\_\_\_

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: \_\_\_\_\_

Ich habe die Patienteninformation zum Artikel 13 der Datenschutzgrund-  
verordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (Aushang im Wartezimmer).  ja

**Herz- Kreislaufbeschwerden**

- Herzinfarkt
- Herzfehler
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- andere Herzerkrankungen

**Bluterkrankungen**

- Gerinnungsstörungen
- verstärkte Blutungsneigung
- Gefäßerkrankungen

**Infektionserkrankungen**

- Hepatitis (Gelbsucht)
- HIV (Aids)
- andere \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen**

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenerkrankung

**Hauterkrankungen /  
Schleimhauterkrankungen**

**Atemwegserkrankungen**

- Asthma
- Nebenhöhlen
- Kehlkopf
- Lunge / Bronchien

Allergien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Tumorerkrankung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Rheuma
  - Epilepsie (Krampfanfälle)
  - Erkrankung des  
Bewegungsapparates
- \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher  
Behandlung?**

ja, wegen \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig  
Medikamente ein? Welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind in den letzten 12  
Monaten geröntgt worden?**

ja, Region \_\_\_\_\_

**Zahn-Mund-Situation**

Was ist der Grund des heutigen  
Besuches?

-----

War Ihr Kind schon einmal beim  
Zahnarzt?

ja  nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer  
Behandlung (Zahnspange) ?

ja  nein

Hat Ihr Kind besondere Wünsche  
beim Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

Wir möchten Sie an die  
halbjährliche Vorsorge Ihres Kindes  
per SMS, Email oder Brief erinnern.

- SMS  Email  Brief
- keine Erinnerung

Wünschen Sie außerdem eine  
zeitnahe Erinnerung an die  
vereinbarten Termine Ihres Kindes  
per SMS?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift