



Zahnärzte

Dr. Petra Dunker & Dr. Dirk Gronewold

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

Anmeldeformular oder jährliche Aktualisierung der Daten für Kinder und Jugendliche

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.- Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

Telefon-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

versichert über (Elternteil):

Privatversicherung: _____

Name, Vorname: _____

Kinderarzt / Hausarzt:

Geb.- Datum: _____

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Ich habe die Patienteninformation zum Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (Aushang im Wartezimmer oder auf www.dunker-gronewold.de, Fußzeile "Datenschutz"). ja

Herz- Kreislaufbeschwerden

- Herzinfarkt Herzfehler zu hoher Blutdruck zu niedriger Blutdruck andere Herzerkrankungen

Bluterkrankungen

- Gerinnungsstörungen, -hemmer (Marcumar, ASS, Eliquis, andere) verstärkte Blutungsneigung

Gefäßkrankungen

- Thrombose Durchblutungsstörungen

Infektionserkrankungen

- Hepatitis (Gelbsucht) HIV (Aids) Covid-19 (Corona) * andere _____

*Patienten mit überstandener Covid-19-Infektion werden gebeten, eine 8-wöchige Karenzzeit einzuhalten, bevor sie wieder einen Termin in unserer Praxis wahrnehmen.

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes (Zuckerkrankheit) Schilddrüsenerkrankung

Hauterkrankungen / Schleimhauterkrankungen _____

Atemwegserkrankungen

- Nebenhöhlen Asthma Kehlkopf Lunge / Bronchien

bitte weiter auf Seite 2



Zahnärzte

Dr. Petra Dunker & Dr. Dirk Gronewold

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

Allergien: _____

Tumorerkrankung: _____

Erkrankung des Bewegungsapparates: _____

Sonstiges:

- Niereninsuffizienz Epilepsie (Krampfanfälle) Rheuma Ohnmachtsneigung

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

- ja, wegen _____

Nimmt Ihr Kind z.Zt. 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