



Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen

Birkerstrasse 27 • 80636 München • Fon: 089 – 12 10 98 30 • www.kinderzahnarztpraxis.de

ANMELDUNG

Unser Team heißt Sie herzlich willkommen in unserer Praxis!
Zur Anmeldung bitten wir Sie um einige persönliche Angaben:

Kind

Name, Vorname Geburtsdatum

Mutter

Name, Vorname Geburtsdatum

Vater

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße

PLZ und Ort

Telefon

Mobil

E-mail

Mein Kind ist mitversichert bei Mutter Vater

Krankenkasse

Grund des Besuches:

- Untersuchung auf Empfehlung
- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnverletzung (z.B. durch Sturz)
- sonstiges

Möchten Sie an den Vorsorge- und Mundhygiene-Check-Up erinnert werden?

ja nein

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Zahnarzt
- Kinderarzt
- Internet
- Kita / Bekannte
- U-Bahn Werbung

Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen

Birkerstrasse 27 • 80636 München • Fon: 089 – 12 10 98 30 • www.kinderzahnarztpraxis.de

Hat ihr Kind:

- nein ja eine Herz-/Kreislauf-Erkrankung?
.....
- nein ja einen Endokarditis-Pass?
.....
- nein ja eine Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien?
.....
- nein ja Infektionskrankheiten?
.....
- nein ja sonstige Erkrankungen?
.....
- nein ja nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
.....

Hinweis: Bringen Sie bitte zu dem Termin die Versichertenkarte mit!

Falls die Krankenversicherungs-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen.

Kommen Sie bitte immer pünktlich zu den vereinbarten Terminen. Sagen Sie bitte - falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können - den vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls behalten wir uns das Recht vor, Ihnen den nicht abgesagten Termin in Rechnung zu stellen (€ 40,00 pro 30 Minuten-Terminzeit).

Ich ermächtige die Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen, ggf. ihre Vertretung unter Mitarbeit des Praxisteams zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind durchzuführen. Eingeschlossen ist der Gebrauch von Lokalanästhesie, Röntgen- oder anderer Diagnostik.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten