

Patienten-Aufnahmebogen Kinder

GERMAN

 **MAXIMILIAN HERPICH**
Zahnarztpraxis im Westpark

1

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied/Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Nr.

Ort

PLZ

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse (bitte auch private Zusatzversicherung angeben)

Kinderarzt / Kinderärztin

Name

Ort

PLZ

Telefon

Straße, Nr.

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin

Name

Ort

PLZ

Telefon

Straße, Nr.

Logopäde / Logopädin

Name Ort PLZ

Telefon Straße, Nr.

weitere mitbehandelnde Ärzte

Name Ort PLZ

Telefon Straße, Nr.

Name Ort PLZ

Telefon Straße, Nr.

Name Ort PLZ

Telefon Straße, Nr.

Einverständniserklärung bei der Behandlung und Röntgendiagnostik Minderjährige

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Name Vorname Geburtsdatum

PLZ Ort Straße, Nr.

Datum, Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigter