



# Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen

Birkerstrasse 27 • 80636 München • Fon: 089 – 12 10 98 30 • [www.kinderzahnarztpraxis.de](http://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](http://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 .....