

# Aktualisierung Ihrer Daten

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum  
Herr

Versicherter:  
Frau \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße Postleitzahl/Ort Telefon Festnetz

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse E-Mail Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber Beruf Telefon dienstlich

**Für privat Versicherte:** sind Sie im Standard- bzw. Basistarif versichert? Ja Nein

1. Bei welchem Kinderarzt ist Ihr Kind in Behandlung: \_\_\_\_\_
2. Hat oder hatte Ihr Kind allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Blutgerinnungsstörungen, Epilepsie, Asthma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Vergangene Operationen (mit Jahr)? \_\_\_\_\_
4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma)? \_\_\_\_\_
6. Therapien? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie  
Psychotherapie
7. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
8. Sollen wir Sie per E-Mail an die Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern? Ja Nein

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine falsche Angabe zur Krankenversicherung oder das Nichtbezahlen von Privatrechnungen den Tatbestand des Betruges erfüllt, und strafrechtlich verfolgt werden kann.

In welcher Beziehung stehen Sie zu diesem Kind? \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift