

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Kinder-/Hausarzt	Kieferorthopäde	Logopäde

Über wen ist Ihr Kind versichert? (Kontaktdaten des Hauptversicherten)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	

Ist das der erste Besuch des Kindes beim Zahnarzt? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter:

Diabetes? Ja Nein

Herzerkrankungen (wenn ja, welche?): _____

Blutgerinnungsstörungen (wenn ja, welche?): _____

Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose?): _____

Allergien oder Unverträglichkeiten (wenn ja, welche?): _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein (wenn ja, welche?): _____

Sonstige Erkrankungen?: _____

Hat Ihr Kind einer der folgenden Angewohnheiten?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Zungen-, Wangenpressen | <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen |
| <input type="checkbox"/> Schnuller | <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | | |

Mundhygiene:

Wie oft täglich putzt das Kind die Zähne?: _____

Wird eine Handzahnbürste oder elektrische Zahnbürste verwendet?: _____

Putzdauer im Durchschnitt?: _____

Benutzen Sie eine fluoridhaltige Zahnpasta?: _____

Kochen Sie mit fluoridhaltigem Salz?: _____

Konsumiert Ihr Kind zuckerhaltige Speisen / Getränke (wenn ja, welche?): _____

Wie oft täglich? (bezogen auf die Frage oben): _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?:

Empfehlung

Social media

Google

Jameda

Sonstiges (bitte eingeben): _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Einwilligung abzugeben.

Einverständniserklärung Anästhesie (Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Einverständniserklärung Röntgenbilder (Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Ort / Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter