

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	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Basistarif

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

### Leidet Ihr Kind unter:

Diabetes?  Ja  Nein

Herzkrankungen (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             |                                       |   |

**Bitte wenden**

**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