

**Olga Rehbock**

Zahnärztin

Schöngeisinger Str. 24 - 82256 Fürstfeldbruck - Telefon 08141 205 13

Nachname des Kindes

Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Nachname des Vaters

Vorname des Vaters

Geburtsdatum

Nachname der Mutter

Vorname der Mutter

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail Adresse

Mobiltelefonnummer

Wer ist Erziehungsberechtigt?

Vater

Mutter

Sonstige

Wie ist ist Kind versichert?

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Gesetzlich mit Zusatzversicherung

Basis/Standardtarif

Liegen Herzerkrankungen vor?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Asthma/Lungenerkrankungen?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Leber- oder Nierenerkrankungen?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Sind Infektionskrankheiten bekannt?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Diabetes oder Stoffwechselerkrankungen?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Leidet ihr Kind unter Epilepsie?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Sind Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind geistig oder körperlich behindert?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Gibt es Hör- oder Sprachprobleme?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter Allergien?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

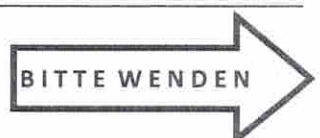
\_\_\_\_\_

Sonstige Dinge die wichtig sind

\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Kinderarztes

\_\_\_\_\_



War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?

 Ja Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für den heutigen Besuch? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

 Ja Nein

Hatte Ihr Kind beim Zahnarzt ein negatives Erlebnis?

 Ja Nein

Welches? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall? (Mund/Gesicht)

 Ja Nein

Art des Unfalls \_\_\_\_\_

Luscht Ihr Kind Daumen oder Schnuller?

 Ja Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?

 Ja Nein

Wie lange? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind aus der Flasche?

 Ja Nein

Bis zu welchem Alter hat es aus der Flasche getrunken? \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind regelmäßig? \_\_\_\_\_

Benutzt Ihr Kind

Fluoridhaltige Zahnpasta?

 Ja Nein

Fluortabletten?

 Ja Nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten? \_\_\_\_\_

**Das betrifft die Eltern:**

Liegen Allergien vor? \_\_\_\_\_

Sind Sie für Karies anfällig? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zur Zahnsteinbildung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

 Freunde/Bekannte Internet Telefonbuch Schule/Kindergarten Zeitung Sonstige

Wir nehmen uns für Ihr Kind und zur Untersuchung und für Sie als Eltern sehr viel Zeit. Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass Termine die nicht eingehalten werden von uns in Rechnung gestellt werden.

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden gemäß Datenschutz verarbeitet.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_