

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen ihn zur Zahnbehandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Versicherter

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____

Mobil-Telefon _____ Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin für Ihr Kind erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Möchten Sie unseren Newsletter per E-Mail zugeschickt bekommen? nein ja

Krankenkasse

Name _____ Gesetzliche Krankenkasse Zusatzversichert Private Krankenkasse

vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Hörstörungen Erkrankungen des Blutes Tuberkulose

Rheuma /rheumatisches Fieber

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja

Wenn ja, angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation/en Sonstiges _____

Bestehen sonstige Krankheiten? nein ja wenn ja, welche? _____

Hat ihr Kind Allergien? nein ja wenn ja, worauf? _____

Nimmt ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja wenn ja, welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____