

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 \_\_\_\_\_