
Name & Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Liebe Eltern,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus, er wird der Karteikarte Ihres Kindes beigelegt. Die Angaben sind gesetzlich für uns verpflichtend zu erheben, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Wer ist Sorgeberechtigt?

1. Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

2. Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Ist Ihr Kind vollständig gesund?

Ja

Nein

Wenn Nein, welche Erkrankungen liegen vor? _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Lutscht Ihr Kind am Daumen oder Schnuller? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Trinkt Ihr Kind aus einem Becher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Lispelt Ihr Kind beim Sprechen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bekommt Ihr Kind Fluorettten vom Kinderarzt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Putzt Ihr Kind seine Zähne selbst? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind Allergien? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: _____

- Wie oft putzt Ihr Kind Zähne am Tag? 1x 2x 3x öfter seltener als 1x pro Tag
- Welche Fluoridquellen nutzt Ihr Kind? Zahnpasta Speisesalz Fluorettten Elmex Gelee
- Welche Zahnbürste verwendet Ihr Kind? Elektrische Handzahnbürste Schallzahnbürste
- Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind? _____

• Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

• Möchten Sie in unser jährliches Recall (Wiedereinbestellung) aufgenommen werden? Ja Nein

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Terminierung durch die Praxis zu.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift