



Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname des Versicherten, falls abweichend _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ Postleitzahl, Wohnort _____

Telefonnr. _____ Mobil _____ E-Mail _____

privat gesetzlich Beihilfe

Name der Versicherung _____

Allgemeines

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns? _____

Einnahme von Fluorid Zahnpasta Salz Tabletten Gelee

Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne? Gelegentlich 1x tägl. 2-3x tägl.

Helfen Sie Ihrem Kind dabei? Nein Ja

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Schnuller Lippen/Wangen saugen

Daumen lutschen Andere

Ist Ihr Kind zuckerhaltige Nahrung? Nein Ja

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Nein Ja

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? Nein Ja

Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten? Nein Ja

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Nein Ja

Erkrankung

Herzerkrankung Nein Ja Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Bluterkrankung Nein Ja Magen-Darm-Erkrankung Nein Ja

Lungenerkrankung Nein Ja Krebserkrankung/ Chemo. Nein Ja

Nierenerkrankung Nein Ja Lebererkrankung/ Hepatitis Nein Ja

Blutgerinnungsstörung Nein Ja A B C

Anfallsleiden (Epilepsie) Nein Ja HIV / Aids Nein Ja

Asthma Nein Ja Zuckererkrankung (Diabetes) Nein Ja

Einnahme regelmäßiger Medikamente _____

Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe? Nein Ja _____

Name/ Anschrift Ihres Kinderarztes _____

Datum, Unterschrift : _____