

Patient _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
 Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____
 Handy _____ Festnetz _____

Versicherung _____
 Name _____ gesetzlich privat

Sorgeberechtigte Personen: _____

Kinderarzt: _____

Leidet Ihr Kind an:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Fieberkrämpfen | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung/ Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche/ AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | andere Behinderungen | <input type="checkbox"/> _____ |
| Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | _____ |

Allergien? Wenn ja

Welche z.B: Asthma, Heuschnupfen, Latex _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja

Welche: _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja nein

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne? Eltern Kind

Eltern und Kind

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? morgen mittags

abends vor dem Essen

nach dem Essen

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? gar keine flouridfreie

flouridhaltige

Womit putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? Handzahnbürste

elektr.Zahnbürste

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am liebsten?

z.B.: Wasser, ungesüßter Tee, Säfte, anders _____

Waren Sie schon einmal mit Ihrem Kind beim Zahnarzt? Wenn ja

Warum _____

Einverständnis zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten nach Art.9 Abs.2 DSGVO.

Wir führen eine Bestell-Praxis und sind sehr bemüht, kaum Wartezeiten entstehen zu lassen. Bitte lassen auch Sie uns nicht warten, denn wir bereiten uns gut auf Ihre Behandlung vor und blockieren Ihren ganz persönlichen Termin.

Auf Grundlage von § 615 BGB berechnen wir bei unentschuldigtem Nichterscheinen ein kulantem Ausfall – Honorar (Absage des Termins mindestens mit 24 – Stunden – Frist).

Bitte beachten Sie, dass wir der Ärztlichen Schweigepflicht unterliegen! Änderungen zu meinen Angaben werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: _____

Name der Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift beider Sorgeberechtigten: _____