

Liebe Eltern ,

Vielen Dank, dass sie sich für unsere Kinder- und Jugendzahnarztpraxis entschieden haben.

Bevor wir sie und ihr Kind persönlich kennenlernen dürfen, möchten wir sie bitten, uns einIGE Fragen zu beantworten.

**Ihr Kind:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Hauptversicherter:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tel privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mobil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Beruf (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Sorgerecht** haben: Mutter & Vater - nur Mutter - nur Vater -

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Welches Anliegen haben Sie? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kommen Sie auf Empfehlung? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Kinderarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind derzeit in Behandlung beim:

Logopäden: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ergotherapeuten: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kieferorthopäden: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heilpraktiker: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte antworten Sie mit „ja“ oder „nein“. Über Ergänzungen freuen wir uns sehr!

**Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?**

erhöhter/verminderter Blutdruck? ja / nein

Allergien ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herzerkrankungen ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bluterkrankungen, z.B. Blutgerinnungsstörungen? ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten in Bezug auf die Eltern ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asthma oder andere Lungenerkrankungen? ja / nein

 wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen? ja / nein

Rheuma/rheumatoide Erkrankungen? ja / nein

Epilepsie oder andere Anfallsleiden? ja / nein

Muskelerkrankungen? ja / nein

Geistige Behinderungen? ja / nein

Genetische Veränderungen? ja / nein

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? ja / nein

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? ja / nein

Wurde eine Behandlung begonnen? ja / nein

Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten? ja / nein

|  |  |
| --- | --- |
| Ort/Datum | Unterschrift Patientin/Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter\* |

**\*** Bei einer Einwilligung von Eltern für Ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden El­ternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zu­gleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder, dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.