

Name _____ Vorname _____ Geb.- Datum _____

Hauptversicherter _____ Geb.- Datum _____

Adresse _____

E-Mail _____

Tel. _____ Tel. mobil _____

Versicherung und Nummer _____

Erziehungsberechtigter: Vater Mutter _____

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches

Kontrolle Schmerzen Unfall _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? ja nein

Besteht eine Allergie? Ja Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

Anfallsleiden Asthma Bluterkrankungen

Herzerkrankung HIV Lebererkrankung

Nierenerkrankung Zuckererkrankung _____

Gibt es Entwicklungsverzögerungen? Welche? _____

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes? Eltern Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt? gelegentlich 1 x tägl. 2-3 x tägl.

Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste

Welche Zahnpasta wird genutzt? für < 6 Jahre für > 6 Jahre fluoridfreie

Kinder ab 6 J.: Wird Elmex Gelee angewendet? ja nein _____

Geben Sie Fluoridtabletten? ja nein _____

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein _____

Hat/hatte Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Schnuller Daumen lutschen

Was trinkt Ihr Kind woraus überwiegend? _____

Was bekommt es nachts/abends nach dem Putzen? _____

Sollten Sie einen vereinbarten Termin in dieser Bestellpraxis nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten haben Sie sicherlich Verständnis dafür, dass wir Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung stellen müssen.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter