



Bevor es losgeht, brauchen wir noch ein paar Infos! Mama oder Papa sollen Euch dabei helfen, damit keine Fehler passieren. Deine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich heiße

Mein Geburtstag

Geboren wurde ich in

Ich wohne in

Straße und Hausnummer

Telefon-Nummer der Eltern

E-Mail Adresse der Eltern

Versichert bin ich



gesetzlich



privat

Ich bin versichert bei (Name der Krankenvers.)

Ich bin versichert über



Vater



Mutter

Name des Versicherten

Anschrift des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Wichtige Angaben für Deine Zahnbehandlung

Weshalb kommst Du zu uns? _____

Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wie putzt Du Deine Zähne?



Handzahnbürste



elektrische Zahnbürste



Zahnseide



allein



meine Eltern helfen



andere Hilfsmittel

Wie oft putzt Du Deine Zähne?



jeden Tag, und zwar



morgens



mittags



abends



nicht jeden Tag

Benutzt du?



Fluoridgel



Fluoridtabletten



Kochsalz mit Fluorid

Welche Zahnpasta benutzt du? _____

Hast Du schwerwiegende Krankheiten? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Hast Du irgendwelche Allergien? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Was magst Du besonders gerne? Spiele, Sport, Bücher, Hobbys?

Was isst Du besonders gerne? _____

Was trinkst Du am liebsten? _____

Erklärung und Einverständnis des Erziehungsberechtigten

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Kind zusammen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ☐ mein Kind in diagnostisch notwendigen Fällen geröntgt und wenn erforderlich anästhesiert wird. ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle, oder
- ☐ mir das Sorgerecht zusteht.

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Angaben vollständig und korrekt sind. Die Hinweise bezüglich WhatsApp und Datenschutz (ausliegend) habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Einwilligung zum Erinnerungsservice

Um Ihre Termine einige Tage im Voraus abzustimmen, bieten wir Ihnen hierfür unseren Erinnerungsservice an.

Ich wünsche eine Terminerinnerung per: ☐ SMS ☐ E-Mail ☐ Anruf ☐ WhatsApp

Ort, Datum

Unterschrift

