

Kind:

Name: _____
 Vorname: _____
 geb. am: _____
 Anschrift: _____

Familienversichert über:

Name: _____
 Vorname: _____
 geb. am: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____

1. Ist das der erste Zahnarztbesuch für ihr Kind?

ja nein

2. Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarztbesuch?

ja nein

3. Hatte ihr Kind nachfolgende Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung/ -fehler | <input type="radio"/> Lunge/Asthma | <input type="radio"/> ADHS/ADS |
| <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Angstzustände |

4. Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

...welche _____

nein ja,

5. Liegen bei ihrem Kind Allergien vor?

...welche _____

Allergiepass vorhanden?

nein ja,

nein ja

6. Ist ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

...warum? _____

nein ja,

7. Ist ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

...warum? _____

nein ja,

8. Ernährung / Essgewohnheiten:

überwiegend süß gemischt Obst/Gemüse Fast food

9. Isst ihr Kind viel normal wenig unkontrolliert

10. Trinkt ihr Kind hauptsächlich:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> ungesüßten Tee | <input type="radio"/> Mineralwasser | <input type="radio"/> Fruchtsäfte |
| <input type="radio"/> gesüßten Tee | <input type="radio"/> Limonaden/ Eistee | <input type="radio"/> verdünnte Säfte |

11. Die Zähne ihres Kindes werden geputzt:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> vom Kind allein | <input type="radio"/> mit Hilfe der Eltern | <input type="radio"/> von den Eltern |
| <input type="radio"/> weniger als 1x täglich | <input type="radio"/> 1x täglich | <input type="radio"/> mind. 2x täglich |

Ausfallhonorar

Sollten Sie Ihren Termin nicht 24 Stunden vorher absagen und diesen **unentschuldigt versäumen**, so stellen wir Ihnen eine Gebühr für die Ausfallzeit der Behandlung in Höhe von **20,00€** in Rechnung.

Mit ihrer Unterschrift stimmen sie der halbjährlichen Erinnerung an die regelmäßige Prophylaxe Ihres Kindes zu!

 Datum, Unterschrift (beider) Erziehungsberechtigter