

Patient Kind Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Name des Kinderarztes _____

Anschrift des PLZ _____ Ort _____

Kinderarztes Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Erziehungsberechtigt: Vater _____ (Name) Mutter _____ (Name) Beide

Evtl. abweichende Anschrift der Eltern _____

ALLGEMEINE SITUATION

ja / nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot

Herzerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Genetische Erkrankungen

Tumore

Blutgerinnungsstörungen

Epilepsie (Krampfanfälle)

Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)

Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

- Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

VIELEN DANK

Datum

Unterschrift