

# Liebe Eltern,

Bevor wir uns in Ruhe über die Zahngesundheit Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir zusätzliche Auskünfte über dessen allgemeinen Gesundheitszustand, der u.U. Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben kann. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

ZAHNARZTPRAXIS  
AM KIRCHBERG  
Dr. Schöps



## KIND

Name / Vorname	Spitzname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Hobby		

## KRANKENKASSE

gesetzlich versichert  privat versichert  Basistarif  Zusatzversicherung  beihilfeberechtigt

## VERSICHERTER

Name / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil	E-Mail

## BEHANDELNDER HAUSARZT?

Name / Ort
------------

## GGF. LETZTER BEHANDELNDER ZAHNARZT

Name / Ort
------------

ERSTER BESUCH BEIM ZAHNARZT?  JA  NEIN

HAT IHR KIND ANGST VOR DEM ZAHNARZTBESUCH?  JA  NEIN

## AUF WESSEN EMPFEHLUNG KOMMEN SIE ZU UNS?

--

## ERNÄHRUNG / ESSGEWOHNHEITEN

überwiegend süß  deftig  Fruchtsäfte  Limonade  Mineralwasser  Leitungswasser  Tee ungesüßt  Tee gesüßt

Obst  gemischt  Fast Food  isst wenig  isst viel  isst unkontrolliert  Lieblingsessen: 

--

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  JA  NEIN  Daumen  Schnuller  Sonstige: 

--

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?  JA  NEIN  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste  Wie oft/Tag? 

--

Kieferorthopädische Behandlung?  JA  NEIN  Bei wem? 

--

## HAT ODER HATTE IHR KIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Herzerkrankung  Herzschrittmacher  Rheuma  Künstlicher Bluter (Marcumar)  Augenerkrankung (z.B. Star)  Diabetes  Osteoporose  
 Lebererkrankung (Gelbsucht)  Immunschwäche (z.B. HIV)  Kreislauferkrankung  Asthma  geistige/körperliche Entwicklungsstörung

Allergien?  NEIN  JA: 

--

Regelmäßige Medikamente?  NEIN  JA: 

--

## FRAGEN / ANMERKUNGEN:

--

**Patientenhinweis / Einwilligungserklärung zum Datenschutz:** Ich habe die mir ausgehändigten Datenschutzhinweise nebst meinen mir diesbezüglich zustehenden Rechten gelesen. Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden zur Weiterverarbeitung meiner Daten gem. Art. 6 DSGVO bis auf Widerruf.

**Hinweis zur Organisation:** Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie uns diesen mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass nicht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Marktobendorf, den	 Unterschrift
--------------------	--