

Patientin/Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Mobil/Fax/Email
Geburtsort	SMS Terminerinnerung gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Mobil/Fax/Email
Krankenkasse*/Krankenversicherung	Zusatzversicherung	

Versicherte(r):

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Gesetzlicher Vertreter:

Name Vater:	Anschrift:
-------------	------------

Name Mutter:	Anschrift:
--------------	------------

Sind Sie beihilfeberechtigt? JA Nein . Sind Sie privat im Basistarif versichert? JA Nein

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein
Wie oft? 1x 2-3x mehr als 3x Zuletzt bei welchem Zahnarzt? _____ in _____

Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Allergie?			
(z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	Welche?	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Welche?	_____
Bestehen andere Erkrankungen oder Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	Welche?	_____
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Wann?	_____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	Welche?	_____
Wurde ein AIDS-Test gemacht?	<input type="checkbox"/>	Ergebnis?	_____

Welche Maßnahmen zur Fluoridierung der Zähne wurden bzw. werden bei Ihrem Kind angewandt?

Gabe von Fluoridtabletten: vom _____ bis ca. _____
Verwenden Sie fluoridhaltige Kinderzahnpaste Zahnpaste für Erwachsene
Wie oft am Tag? 1x 2x 3x
Verwenden Sie zu Hause außerdem fluoridhaltige Mundspüllösungen Gelees (z.B. Elmex)
Wie häufig? _____
Wie häufig? _____
Mein Hausarzt ist _____ Tel. Nr. _____

Durch wen wurden wir empfohlen? _____

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? _____