

**Zahnarztpraxis für Kinder  
Dr. Katharina Dorandt  
& Diana Priebe**

Heegbarg 16 - 22391 Hamburg  
Telefon: 040 - 611 36 070 - Telefax: 040 - 611 36 07 - 11



Liebe Eltern,

sie haben mit Ihrem Kind am \_\_\_\_\_ einen Termin zur Beratung in unserer Praxis vereinbart. Um uns optimal auf Ihr Kind vorbereiten zu können, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und bringen ihn zum Termin mit.

Sollten von den Zähnen Ihres Kindes bereits Röntgenbilder existieren bringen Sie diese bitte ebenfalls mit.

Name des Kindes :	_____	Geburtsdatum:	_____
Strasse/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Versicherung:	_____	versichert über:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		
Erziehungsberechtigter:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Beide		
Mutter:	_____	Strasse/Nr.:	_____
Geburtsdatum:	_____	PLZ/Ort:	_____
Versicherung:	_____	Telefon:	privat: _____ mobil: _____
Vater:	_____	Anschrift falls abweichend:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Versicherung:	_____	Telefon:	privat: _____ mobil: _____

**Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes**

Kinderarzt:
-------------

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie Betreffendes an.

- |  |                          |                                   |                          |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung     | <input type="checkbox"/> | Herzpass:                         | <input type="checkbox"/> |
| Asthma oder Lungenerkrankungen, Atemprobleme | <input type="checkbox"/> | Lernschwäche, Sprachprobleme      | <input type="checkbox"/> |
| Geistige Behinderung oder Verzögerung        | <input type="checkbox"/> | Leber - oder Nierenerkrankung     | <input type="checkbox"/> |
| Epileptische Anfälle, Fieberkrämpfe          | <input type="checkbox"/> | Spastik, veränderter Muskeltonus  | <input type="checkbox"/> |
| Hörprobleme, Taubheit                        | <input type="checkbox"/> | Sehschwäche, Blindheit            | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis, Tuberkulose, HIV                  | <input type="checkbox"/> | Stoffwechselkrankheiten, Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Tumore, bösartige Krankheiten                | <input type="checkbox"/> | Blutkrankheiten                   | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden →

