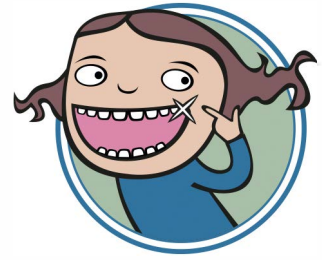


**Zahnarztpraxis für Kinder
Dr. Katharina Dorandt**

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 ➔

Sonstige Krankheiten. Wenn ja, welche? Allergien. Wenn ja, welche?
Kinderimpfungen vollständig
War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus
Wenn ja, wann, warum und wo?
Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich
genommen oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Hauszahnarzt/Vorbehandler

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt ?
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen ?
Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt ?
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich ? Wenn ja, wann?
Bekommt Ihr Kind Fluoridpräparate? Fluoridhaltige Zahnpasta Fluoretten Speisesalz
Ist Ihr Kind gestillt worden ? Wie lange ? Bis 6 Monate Bis zum 1. Lebensjahr
Hat Ihr Kind die Flasche bekommen ? Bis zum 2. Lebensjahr Bis heute

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

Wie haben Sie von uns erfahren: Kinderarzt Zahnarzt Freunde/Bekannte
Internet Telefonbuch Anzeige

Sonstige Bemerkungen:

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem Wissen beantwortet.

Ich bin darüber informiert, dass Termine die nicht eingehalten werden können 24 Std. im Voraus abgesagt werden müssen. Für unentschuldig versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine wird mir ein Ausfallhonorar von 50 € in Rechnung gestellt (in Notfällen und bei besonderen Gründen nach Ermessen der Praxis).

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte / r _____