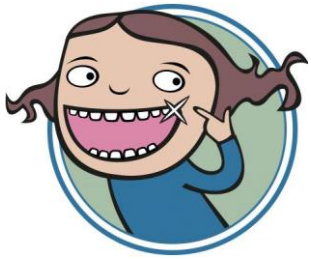
**Zahnarztpraxis für Kinder**

**Dr. Katharina Dorandt**

Heegbarg 16 – 22391 Hamburg

Telefon: 040 – 611 36 070 Fax: 040 – 6113607 – 11

E-Mail: mail@dr-dorandt.de



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.: _____ Krankenversicherung: _____

PLZ / Ort: _____ versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater

☐ privat ☐ gesetzlich ☐ beihilfeberechtigt

**Erziehungsberechtigter** ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Beide

**Mutter:** _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ Festnetz: _____

PLZ / Ort: _____ Mobil: _____

Krankenversicherung: _____ Mail: _____

**Vater:** _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: *falls abweichend* _____ Festnetz: _____

PLZ / Ort: *falls abweichend* _____ Mobil: _____

Krankenversicherung: _____ Mail: _____

**<u>Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes</u>**

Kinderarzt: _____

Vorheriger Zahnarzt: _____

Grund für den heutigen Besuch: _____

War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wo / Wann / Warum? _____

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

**Bitte wenden →**

**Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?**

| | JA | NEIN | |
|---|---|---|---|
| **Altersentsprechende Kinderimpfungen** *(Mumps, Masern, Röteln)* **vollständig**? | ☐ | ☐ | |
| **Allergien** – wenn ja, welche? | ☐ | ☐ | _____ |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ | _____ |
| Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung | ☐ | ☐ | |
| Herzpass | ☐ | ☐ | |
| Geistige Behinderung oder Verzögerung | ☐ | ☐ | |
| Asthma, Lungenerkrankung, Atemprobleme | ☐ | ☐ | |
| Epileptische Anfälle, Fieberkrämpfe | ☐ | ☐ | |
| Blutkrankheiten | ☐ | ☐ | |
| Spastik, veränderter Muskeltonus | ☐ | ☐ | |
| Stoffwechselerkrankungen, Diabetes | ☐ | ☐ | |
| Leber- oder Nierenerkrankungen | ☐ | ☐ | |
| Tumore, bösartige Krankheiten | ☐ | ☐ | |
| Hepatitis, Tuberkulose, HIV | ☐ | ☐ | |
| Sehschwäche, Blindheit | ☐ | ☐ | |
| Hörprobleme, Taubheit | ☐ | ☐ | |
| Lernschwäche, Sprachprobleme | ☐ | ☐ | |
| Sonstige Krankheiten – wenn ja, welche? | ☐ | ☐ | _____ |

**Zahnmedizinische Vorgeschichte**

| | JA | NEIN | |
|---|---|---|---|
| War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? | ☐ | ☐ | |
| Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | ☐ | ☐ | |
| Hat Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? | ☐ | ☐ | |
| Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich? | ☐ | ☐ | |
| Bekommt Ihr Kind Fluoridpräperate? *(fluoridhaltige Zahnpasta, Fluoretten, Speisesalz)* | ☐ | ☐ | |
| Ist Ihr Kind gestillt worden? – Wenn ja, wie lange? | ☐ | ☐ | _____ |
| Hat Ihr Kind die Flasche bekommen? – Wenn ja, wie lange? | ☐ | ☐ | _____ |

Sonstige Bemerkungen:

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem Wissen beantwortet.

Ich bin darüber informiert, dass Termine die nicht eingehalten werden können, **24 Stunden** im Voraus abgesagt werden müssen. Für unentschuldigt versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine, wird mir ein Ausfallhonorar von **60€** in Rechnung gestellt (in Notfällen und bei besonderen Gründen nach Ermessen der Praxis).

_____

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r