



Patient Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. (+Ort) \_\_\_\_\_

Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

Name des Kinderarztes \_\_\_\_\_

Anschrift des PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Kinderarztes Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt: Vater \_\_\_\_\_ (Name) Mutter \_\_\_\_\_ (Name) Beide

Evtl. abweichende Anschrift der Eltern \_\_\_\_\_

**ALLGEMEINE SITUATION**

ja / nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot

Herzerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Genetische Erkrankungen

Tumore

Blutgerinnungsstörungen

Epilepsie (Krampfanfälle)

Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)

Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**ZAHN-MUND-SITUATION**

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

\_\_\_\_\_

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

\_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:**

- Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

VIELEN DANK

Datum

Unterschrift