

Zahnmedizin Dr. Temme & Kollegen

Fragebogen für die Erstanmeldung

Kind

Name u. Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Versicherung: _____

Geschwister: _____

Beruf der Eltern: _____

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter

Name u. Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vater

Name u. Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungswunsch: _____

Kinderarzt: _____

Hat ihr Kind...

1. Allergien?

 Ja, welche: _____ Nein

2. Eine Herzerkrankung?

 Ja, welche: _____ Nein

3. Stoffwechselerkrankung?

Ja, welche: _____

Nein

4. Eine psychische Erkrankung?

Ja, welche: _____

Nein

5. Eine motorische Störung?

Ja, welche: _____

Nein

6. Sonstige Erkrankungen?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja, welche:

Nein

Was trinkt Ihr Kind zum Durst löschen?

Nimmt oder nahm ihr Kind die Flasche? Wenn ja wie lange? Mit welchem Inhalt? Auch nachts?

Nimmt oder nahm Ihr Kind einen Schnuller? Wenn ja, wie lange?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Recall – Einverständnis

Ja, ich möchte am Recall (Erinnerungsservice) teilnehmen.

_____ (Unterschrift)