



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 Kinderarztes PLZ _____ Ort _____
 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 ja nein
- Herzerkrankungen ja nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
- Genetische Erkrankungen ja nein
- Tumore ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Epilepsie (Krampfanfälle) ja nein
- Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV) ja nein
- Allergien? Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? _____
- Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt ja nein
 Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Hiermit willige ich der Weitergabe meiner Daten an das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum GmbH (DZR) ein.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten und der Weitergabe an Dritte zu Behandlungszwecken einverstanden.

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 _____