



## Gesundheitsfragebogen - Kinder

**Kind:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Familienversichert bei:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Telefon:**

Privat \_\_\_\_\_ Dienstlich / Handy \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Informationen vom Kinderarzt (Name, Anschrift):** \_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Krankheiten: \_\_\_\_\_

Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist allergisch gegen: \_\_\_\_\_

**Liebe Eltern**, zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir einige Fragen zum Verhalten und zur Beschäftigung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie auch diese Fragen gewissenhaft aus.

Mein Kind geht in  den Kindergarten  die Vorschule  die Schule in Klasse: \_\_\_\_\_

Mein Kind wird eingeschult im Jahr: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist aktiv  im Sportverein  in der Musikschule  in einer Tanzgruppe  Sonstiges

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

JA NEIN

Hat Ihr Kind Angst vor dem Besuch beim Zahnarzt?

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt?

Mein Kind ist in kieferorthopädischer Behandlung bei: \_\_\_\_\_

**Fragen an das Kind:**

In meiner Freizeit beschäftige ich mich am liebsten mit: \_\_\_\_\_

Meine Hobbys sind: \_\_\_\_\_

Mein Lieblingstier ist: \_\_\_\_\_

Meine Lieblingsfarbe ist: \_\_\_\_\_

**Allgemeines:**

Möchten Sie, dass wir Sie telefonisch an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnern?

JA NEIN

Möchten Sie als Elternteil Zeit sparen und gleichzeitig mit Ihrem Kind behandelt werden?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Zeitung

Internet

Lister-Meile-Uhr

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschland e.V., Wittelsbacher Str.15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung. Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Einverständnis freiwillig erteilt habe und jederzeit widerrufen kann.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_