

Liebe Eltern,

Bevor wir uns in Ruhe über die Zahngesundheit Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir zusätzliche Auskünfte über dessen allgemeinen Gesundheitszustand, der u.U. Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben kann. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

OLGA KAPPIS
ZAHNÄRZTIN



Kind

Name / Vorname	Spitzname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Hobby		

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Versicherter

Name / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil	E-Mail

Behandelnder Hausarzt?

Name / Ort

ggf. letzter behandelnder Zahnarzt

Name / Ort

Erster Besuch beim Zahnarzt? JA NEIN

Hat Ihr Kind Angst vor dem ZahnarztBESUCH? JA NEIN

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

--

Ernährung / Essgewohnheiten

überwiegend süß deftig Fruchtsäfte Limonade Mineralwasser Leitungswasser Tee ungesüßt Tee gesüßt

Obst gemischt Fast Food isst wenig isst viel isst unkontrolliert Lieblingsessen:

--

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? JA NEIN Daumen Schnuller Sonstige:

--

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? JA NEIN Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Wie oft/Tag?

--

Kieferorthopädische Behandlung? JA NEIN Bei wem?

--

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen?

Herzerkrankung Herzschrittmacher Rheuma Künstlicher Bluter (Marcumar) Augenerkrankung (z.B. Star) Diabetes Osteoporose
 Lebererkrankung (Gelbsucht) Immunschwäche (z.B. HIV) Kreislauferkrankung Asthma geistige/körperliche Entwicklungsstörung

Allergien? NEIN JA:

--

Regelmäßige Medikamente? NEIN JA:

--

Fragen / Anmerkungen:

--

Patientenhinweis / Einwilligungserklärung zum Datenschutz: Ich habe die mir ausgehändigten Datenschutzhinweise nebst meinen mir diesbezüglich zustehenden Rechten gelesen. Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden zur Weiterverarbeitung meiner Daten gem. Art. 6 DSGVO bis auf Widerruf.

Hinweis zur Organisation: Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie uns diesen mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass nicht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Hockenheim, den	 Unterschrift
-----------------	--