

## Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie die folgenden Informationen für unsere Unterlagen nach bestem Gewissen aus. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
**Patient:** Nachname Vorname Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
**Versicherter:** Nachname Vorname Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefonnummer

### Sorgerecht:

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze  
 ich bin sorgeberechtigt und handle im Einverständnis mit dem zweiten Sorgeberechtigten  
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse\* / Versicherung E-Mail

- Gesetzlich versichert  Privat versichert  Privat versichert - im Basistarif  
Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Hausarzt Überwiesen von / empfohlen durch

Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten?  Ja  Nein  
*Falls ja, kontaktieren Sie bitte unsere Anmeldung, sollten diese angefordert werden können.*

### Befindet sich das Kind aktuell in Behandlung bei einem der folgenden Ärzte/Therapeuten?

- Kieferorthopäde  Ja  Nein  
Logopäde  Ja  Nein  
Osteopath  Ja  Nein  
Heilpraktiker  Ja  Nein  
oder anderen Fachärzten?  Ja  Nein

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

\*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenkassenkarte/GKV Karte nicht zum Termin vorgelegt wird



### Warum kommt Ihr Kind heute in unsere Praxis?

- Routineuntersuchung / Kontrolle  
 Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung  
 Akute Beschwerden: Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Welche Hobbys oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?  
\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte kurz das Ernährungsverhalten Ihres Kindes:  
\_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind aktuell noch gestillt?  Ja  Nein

Was und wieviel trinkt ihr Kind im Tagesverlauf? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind eigenständig?  Ja  Nein

Wenn ja, aus welchem Gefäß? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind etwas zu Trinken am Bett?  Ja  Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Kann ihr Kind zu jeder Zeit gut durch die Nase atmen?  Ja  Nein

Wie werden die Zähne geputzt?

- von Hand  
 elektrisch  
 mit Hilfe der Eltern  
 durch die Eltern  
 Flosser/Zahnseidesticks werden genutzt

Wie wird Fluor gegeben?

- Tabletten  
 fluoridiertes Speisesalz  
 es erfolgt keine Fluoridgabe  
 altersentsprechende fluoridhaltige Zahnpasta

Wie oft werden die Zähne geputzt?

- Weniger als 1x täglich  
 1x täglich  
 Morgens und abends  
 Mehr als 2x täglich

Hat/Hatte ihr Kind Lutschgewohnheiten:

- Daumen  
 Finger  
 Schnuller  
 Keine

Putzen Sie nach?  Ja  Nein

Ich möchte noch Folgendes anmerken:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen