



## Gesundheitsfragebogen - Kinder

**Kind:**

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

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?  JA  NEIN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Empfehlung  Zeitung  Internet

Hiermit erkläre ich mich mit dem elektronischen Datenaustausch meiner Daten (z.B. Rechnungen, Kostenvoranschläge, Terminvereinbarungen, Berichte) zwischen mir und der Zahnarztpraxis Dr. Frank Eisenhauer einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail trotz Verschlüsselter Übersendung unter Umständen mit einem Risiko verbunden ist, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden. Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet werden und der Datenaustausch zwischen mir und der Praxis auf elektronischem Wege erfolgt. Diese Erklärung ist widerrufbar. Für Ihre Behandlungen reservieren wir Ihnen individuelle Termine, die Ihnen lange Wartezeiten ersparen. Falls Sie diese nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns 24 Stunden vorher zu informieren. Den Ausfall für nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

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