

Liebe Eltern,

wir heißen Sie und Ihr Kind in unserer Praxis herzlich Willkommen.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus damit wir uns individuell auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutzverordnung.



Name (Kind) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefonnummer _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefonnummer _____

- Gesetzliche Krankenkasse zusatzversichert freiwillig versichert
 Private Krankenkasse voll versichert Standardtarif (1,7f ach)
 Anspruch auf Beihilfe

Hat Ihr Kind Geschwister? nein ja wenn ja wie viele und in welchem Alter? _____

Gibt es ein bekanntes Trauma durch: Schmerz
 Festhalten
 „Spritze“
 Falsche Versprechungen („Es tut überhaupt nicht weh“)
 Negative Sprache („Du brauchst keine Angst zu haben!“, „Stell Dich nicht so an!“, „Du bist ungezogen“)

Putzt Ihr Kind mit fluorhaltiger Zahncreme? nein ja

Benutzt Ihr Kind zusätzliche fluorhaltige Gele oder Mundspüllösungen? nein ja

Hat Ihr Kind Individualprophylaktische Maßnahmen in Anspruch genommen? nein ja

Bitte erzählen Sie uns von den Vorlieben Ihres Kindes:

Lieblings – Tier: _____

Lieblings – Farbe: _____

Lieblings – Fernsehfilm/Serie: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes / Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja

Herzoperation angeborener oder erworbener Herzfehler sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja wenn ja, welche _____

Sind Allergien vorhanden? nein ja wenn ja, welche _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja wenn ja, welche _____

Recall / Erinnerungssystem:

Es besteht Interesse an: unserem Erinnerungsservice für die halbjährlichen Kontrollen
 per Post per email per sms

individuellen Prophylaxemaßnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule)

Sorgerecht:

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn

Ich bin nicht erziehungsberechtigt

Unterschrift _____
 Erziehungsberechtigter / Begleitperson

Ort _____ Datum _____