

ANMELDUNG KIND

Daten des Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Krankenkasse/Versicherung

Lieber Patient, um auf Ihr Kind besser eingehen zu können und über sie/ihn mehr zu erfahren, bitten wir Sie, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten.

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Sind Allergien bekannt?

ja nein Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

ja nein

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen?

ja nein Wenn ja, welche?

Sind sonstige Erkrankungen bekannt?

ja nein Wenn ja, welche?

Fragen zu Ihrem Kind

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein Wenn ja, bei wem?

Lutscht Ihr Kind am Daumen?

ja nein

Hat Ihr Kind negative Erfahrungen mit Zahnärzten?

ja nein Wenn ja, wodurch?

Trinkt Ihr Kind aus der Babyflasche?

ja nein

Wodurch ist Ihr Kind zu motivieren?

Hobby Ihres Kindes?

Lieblingstier Ihres Kindes?

Sonstige Dinge, die wir über Ihr Kind wissen sollten?

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten