

KIND

Name	Geb.
Vorname	Spitzname
Strasse	Hobby, Lieblingsfilm, -Spielzeug, o.Ä.
PLZ Wohnort	
Krankenversicherung	Basistarif in der privaten Krankenversicherung? ☐
private Zusatzversicherung ☐	beihilfeberechtigt ☐

VERSICHERTER

Name	Tel. privat
Vorname	Mobil
Geb.	E-Mail
Strasse	behandelnder Hausarzt
PLZ Wohnort	
Erster Besuch beim Zahnarzt? Ja ☐ Nein ☐	ggf. letzter behandelnder Zahnarzt
Was hilft Ihrem Kind, sich bei Untersuchungen sicher zu fühlen?	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?	

ERNÄHRUNG/ESSGEWOHNHEITEN

überwiegend süß ☐	deftig ☐	Fruchtsäfte ☐	Tee ungesüßt ☐
Obst ☐	isst wenig ☐	Limonade ☐	Tee gesüßt ☐
gemischt ☐	isst viel ☐	Mineralwasser ☐	Leitungswasser ☐
Fast Food ☐	isst unkontrolliert ☐	Lieblingssessen?	
Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Ja ☐ Nein ☐		Daumen ☐	Schnuller ☐ Sonstige ☐
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? Ja ☐ Nein ☐		Handzahnbürste ☐	elektr. Zahnbürste? ☐ wie oft/Tag?
Kieferorthopädische Behandlung? Ja ☐ Nein ☐		bei wem?	

HAT ODER HATTE IHR KIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Herzerkrankung ☐	Rheuma ☐	Allergien: ☐
Herzschrittmacher ☐	Diabetes ☐	Augenerkrankung (z.B. Star) ☐
Immunschwäche (z.B. HIV) ☐	Asthma ☐	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) ☐
Osteoporose ☐	Kreislaufkrankung ☐	geistige/körperliche Entwicklungsstörung ☐

DATENSCHUTZVERORDNUNG

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes gemäß DSGVO einverstanden (s. QR-Code) ☐

WICHTIGER HINWEIS

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine – von seltenen Notfällen abgesehen – pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten. Das Honorar für die in der reservierten Zeit vorgesehenen Leistungen berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminänderung vereinbaren.

Bitte beachten Sie:

Bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen ohne rechtzeitige Mitteilung behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB zu berechnen – sofern der Termin nicht kurzfristig neu vergeben werden kann.

Datum, Unterschrift

