

Patienten – Erhebungsbogen für Kinder

Name, Vorname Geburtsdatum
Versicherter Geburtsdatum

Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon: Mobil:.....
Krankenkasse:

Möchten Sie per SMS an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnert werden? Ja Nein
 ¼ jährl. ½ jährl.

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein ? Welche ?
Erkrankungen
Sind Allergien bekannt ?
Leidet es unter Asthma ?
Ist Ihr Kind häufig erkältet ?
Liegt eine Behinderung vor ?
Besonderheiten bei der Geburt ?
Schlechte Angewohnheiten Schnuller O Fläschchen O Daumenlutschen O
Lippensaugen O Mundatmung O andere O
Hat es bereits Zahnarztterfahrung ?
Ist Ihr Kind ängstlich ?
Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten ?
Fluoridlackierung in der Schule ?
Wie oft isst Ihr Kind am Tag ?
Mehr Süßes und süße Getränke ?
Obst u. Gemüse ?
Wer ist der Hausarzt / Kinderarzt
.....

BITTE BEACHTEN !!

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen erfolgen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung. Wird der Termin jedoch nicht abgesagt oder nicht eingehalten, müssen wir Ihnen eine **Kostenpauschale von 40,- € pro halbe Stunde** privat in Rechnung stellen.

Datum Unterschrift Sorgeberechtigte /r

Mit einer digitalen Röntgenaufnahme, falls medizinisch notwendig, bin ich einverstanden.

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Bitte beachten Sie die Rückseite.

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich,, stimme der Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich werde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum:
Unterschrift des Sorgeberechtigten (bei Kindern unter 16 J.):

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?