Annett Kauczor
Zahnärztin

Kinder – Anmeldung

Liebe Kinder, liebe Eltern,
danke, dass Sie unserer Praxis Ihr Vertrauen schenken. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, er dient dazu, die Behandlung noch individueller und Ihren Wünschen gerecht durchzuführen.
Herzlichen Dank!

1. Name des Kindes:_____

2. Alter: _____ Jahre

	Ja	Nein
3. Geschwister:	o	o
4. Ist dies der erste Zahnarztbesuch?	o	o

5. Verhältnis zum Zahnarzt?
   o Gut o Mittelmäßig o Schlecht

6. Hobby: _____

7. Name des besten Freundes oder der besten Freundin:_____

8. Beschwerden? Wenn ja, welche? _____
   Seit wann?

9. Normale Entwicklung? (Wenn nein, z.B. Spätentwickler, Behinderung…)	o	o
10. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____	o	o

11. Wie heißt der behandelnde Kinderarzt? _____

12. Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

    Bestehen Allergien? Wenn ja, welche? _____

13. Ernährung:
    o Überwiegend süß o gemischt o isst wenig

14. Was trinkt Ihr Kind überwiegend?

    o Fruchtsäfte o gesüßten Tee o ungesüßten Tee o Fruchtsaftschorle
    oMineralwasser o Limonaden oLeitungswasser

15. Willigen Sie ein, dass unsere Praxis alle notwendigen Behandlungen an Ihrem Kind z.B. Lokalanästhesie, Fluoridanwendungen, Röntgen- und sonstige Diagnostik durchzuführen darf?

_____

Ort, Datum: Unterschrift der Eltern:

Annett Kauczor
Zahnärztin

Sehr geehrte Mama, sehr geehrter Papa,

unsere Terminvergabe wird nach einem organisatorisch gut geführten Bestellsystem vorgenommen. Wir bitten Sie daher, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, diesen 24 Stunden vorher abzusagen, um diesen evtl. noch an einen anderen Patienten vergeben zu können! Sollte der Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, kann Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden.

Datum, Unterschrift: _____

- Telefonischer Erreichbarkeit unter: _____