

FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTANMELDUNG
Jugendliche 7-17 Jahre



ZAHNÄRZTE
DR. DIEHM & KOLLEGEN

Patient:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift:

PLZ, Ort

Straße

Tel. / Mobil (tagsüber)

E-Mail

Versicherung:

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Vater:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Behandlungswunsch:

Hausarzt:

Hast Du Erkrankungen (bitte zutreffendes ankreuzen)?

Allergien: Ja, folgende: _____

Eine Herzerkrankung: Ja, folgende: _____

Eine Stoffwechselkrankheit: Ja, folgende: _____

Sonstige Erkrankungen: Ja, folgende: _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Ja, folgende: _____

Was trinkst Du gerne zum Durst löschen? _____

Was isst Du gerne? _____

Ja, ich wünsche eine Erinnerung für die jährliche Routineuntersuchung mittels einer Postkarte

Wie hast Du von uns erfahren?

Zahnarzt
 Kinderarzt

Zeitung
 TV/Kino

Internet
 Bekannte

Ort, Datum

Unterschrift