

FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTANMELDUNG
Kinder bis 6 Jahre



ZAHNÄRZTE
DR. DIEHM & KOLLEGEN

Kind:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift:

PLZ, Ort

Straße

Tel. / Mobil (tagsüber)

E-Mail

Versicherung:

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Vater:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Behandlungswunsch:

Kinderarzt:

Hat Ihr Kind Erkrankungen (bitte zutreffendes ankreuzen)?

Allergien: Ja, folgende: _____

Eine Herzerkrankung: Ja, folgende: _____

Eine Stoffwechselkrankheit: Ja, folgende: _____

Eine psychische Erkrankung: Ja, folgende: _____

Eine motorische Störung: Ja, folgende: _____

Sonstige Erkrankungen: Ja, folgende: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja, folgende: _____

Was trinkt Ihr Kind gerne zum Durst löschen? _____

Was isst Ihr Kind gerne? _____

Nimmt oder nahm Ihr Kind die Flasche? Wenn ja, wie lange? Mit welchem Inhalt? Auch nachts?

Nimmt oder nahm Ihr Kind einen Schnuller? Wenn ja, wie lange?

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

**Wie haben Sie von
uns erfahren?**

Zahnarzt

Kinderarzt

Zeitung

TV/Kino

Internet

Bekannte

Ort, Datum

Unterschrift