



Erkrankungen

Leidet Ihr Kind an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung/Herzfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krampfleiden/Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tumorleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Hat Ihr Kind eine Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV, AIDS) ja nein
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind anderweitige, nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hat Ihr Kind Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bestehen bei Ihrem Kind Parafunktionen (z.B. Zähneknirschen, Daumenlutschen)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurde/Wird bei Ihrem Kind eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Existieren Röntgenaufnahmen von Zähnen oder vom Kiefer Ihres Kindes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs?

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? ja nein
Wenn ja, durch wen? _____

Ich möchte gerne den Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchungen meines Kindes in Anspruch nehmen. ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich jede Änderung des Gesundheitszustandes meines Kindes mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift