



# Erhebungsbogen Kinder

Patientenerhebungsbogen für Kinder  
Praxis für Zahnmedizin und Oralchirurgie André Chenillet

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherte/-r \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Möchten Sie per SMS an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnert werden?  ja  nein  
 ¼-jährlich  ½-jährlich

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter Asthma?  ja  nein

Ist Ihr Kind häufig erkältet?  ja  nein

Liegt eine Behinderung vor?  ja  nein

Gab es Besonderheiten bei der Geburt? \_\_\_\_\_

Schlechte Angewohnheiten  Schnuller  Fläschchen  Daumenlustchen  
 Lippensaugen  Mundatmung  andere



Hat es bereits Zahnarztterfahrung?  ja  nein

Ist Ihr Kind ängstlich?  ja  nein

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

Fluoridlackierung in der Schule?  ja  nein

Wie oft isst Ihr Kind am Tag? \_\_\_\_\_

Vermehrt Süßes und süße Getränke?  ja  nein

Obst und Gemüse? \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes unaufgefordert mit.

### Bitte beachten:

Eine Absage 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 € / halbe Stunde** privat in Rechnung stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/-r \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Sorgeberechtigte/-r \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich, \_\_\_\_\_, stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_