

Liebe Eltern,

wir freuen uns sehr, Sie bei VOLLDENT begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

-----  
Name | Vorname des Kindes

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße

-----  
PLZ | Ort

-----  
Telefon Festnetz

-----  
Telefon Mobil

-----  
E-Mail

Familienversichert bei (versicherter Elternteil)

Mutter  Vater

-----  
Name | Vorname

-----  
Geburtsdatum

Bitte erinnern Sie uns an unseren nächsten Termin per E-Mail

ja

nein

Bitte erinnern Sie uns an die halbjährlich Vorsorge per E-Mail

ja

nein

### VERSICHERUNG

-----  
Krankenkasse

Gesetzlich versichert  Zusatzversicherung  Privat versichert  Beihilfe  Basistarif

### WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung  
 Im Vorbeigehen  
 Internet  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

-----  
Name und Adresse des Hausarzt

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Gelbsucht
  - Krampfanfälle
  - Blutgerinnungsstörung
  - Nierenerkrankungen
  - Diabetes
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Augenerkrankung
- Wenn ja, welche

- 
- Lungenerkrankung | Asthma
  - Herz- Kreislauferkrankungen
- Wenn ja, welche

- 
- Infektionskrankheiten
- Wenn ja, welche

- 
- Allergien
- Wenn ja, welche

-----  
Sonstige Erkrankungen:

- 
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
- Wenn ja, welche

## MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

Unser Kind hat sich Lutschgewohnheiten angeeignet:  Daumen  Schnuller  Sonstiges

Einige Zähne sind ein wenig schief gewachsen: ist eine kieferorthopädische Behandlung oder Untersuchung erforderlich?

Falls bereits in Behandlung bitte den Namen Kieferorthopäd\*in: -----

Unsere regelmäßige Zahnpflege (bitte ankreuzen)

- |              |                                         |                                                            |
|--------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Zähneputzen: | <input type="checkbox"/> allein         | <input type="checkbox"/> Nachreinigung von Mutti oder Vati |
|              | <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste            |

- |                    |                                    |                                       |                                 |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Zwischenraumpflege | <input type="checkbox"/> täglich   | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein   |
|                    | <input type="checkbox"/> Zahnseide | <input type="checkbox"/> Bürstchen    | <input type="checkbox"/> Sticks |

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung?

- |                          |                                 |                                      |                                       |                                     |                                   |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Was trinkt Ihr Kind?     | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt | <input type="checkbox"/> Limonade |
| regelm. Fluoridaufnahme: | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> Speisesalz  | <input type="checkbox"/> Zahnpasta    | <input type="checkbox"/> Tabletten  | <input type="checkbox"/> Gelee    |

Wir haben noch Fragen | ein besonderes Anliegen: -----

Unsere Praxis nutzt den Service eines Factoring- Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen möglichst 24h vorher abzusagen. Unentschuldigte Ausfallzeiten werden nach §§ 304, 615 BGB, 611 BGB berechnet. Die Gebührenhöhe des Ausfallhonorars beträgt 35 Euro je halbe Stunde.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

---

Ort | Datum

---

Unterschrift Eltern oder Erziehungsberechtigter