

Liebe Eltern,
 wir freuen uns sehr, Sie bei VOLL DENT 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) o Mutter o Vater

----- Name Vorname -----	----- Geburtsdatum -----
----------------------------------	--------------------------------

Bitte erinnern Sie uns an unseren nächsten Termin per E-Mail	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> nein
Bitte erinnern Sie uns an die halbjährlich Vorsorge per E-Mail	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> 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- Kreislaufferkrankungen

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: allein Nachreinigung von Mutti oder Vati
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Zwischenraumpflege täglich gelegentlich nein
 Zahnseide Bürstchen Sticks

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung?

Was trinkt Ihr Kind? Wasser Fruchtsäfte Tee ungesüßt Tee gesüßt Limonade
regelm. Fluoridaufnahme: nein Speisesalz Zahnpasta Tabletten 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