



<b>Patient/in</b> _____				
Name	Vorname	Geburtsdatum		
Erziehungsberechtigter:				
O Vater		O Sonstige: _____		
O Mutter				
<b>Anschrift</b> _____				
Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
<b>Versicherte/r</b> _____				
Name	Vorname	Geburtsdatum		
Beruf		Arbeitgeber		
<b>Anschrift</b> _____				
Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
<b>Versicherung</b> _____				
Name	<input type="radio"/> Mitglied <input type="radio"/> Familienmitglied <input type="radio"/> Rentner	<input type="radio"/> Freiwillig vers. <input type="radio"/> beihilfeberechtigt <input type="radio"/> Privat vers.		
<b>Hausarzt</b> _____				
Name	Ort	Telefon		
<b>Empfohlen durch:</b> <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Name: _____				

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen, damit wir uns vorab ein genaues Bild über die Zahngesundheit Ihres Kindes und Ihre Erwartungen machen können:**

	Ja	Nein
Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei wem? _____	O	O
Hat Ihr Kind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten? Wenn ja, gegen welche Stoffe? _____	O	O
Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen? <input type="radio"/> Atemwegs-Erkrankungen <input type="radio"/> Leber-Erkrankungen <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="radio"/> Infektions-Erkrankungen (z.B. AIDS, HIV, Tuberkulose, Hepatitis) <input type="radio"/> Sonstige _____	O	O
<input type="radio"/> Nieren-Erkrankungen <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)		
Hat oder hatte Ihr Kind Herz-Kreislaufferkrankungen? <input type="radio"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) <input type="radio"/> Endocarditis <input type="radio"/> hoher / niedriger Blutdruck	O	O
<input type="radio"/> Herzhrythmusstörungen <input type="radio"/> Herzfehler		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	O	O

