



PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE DR. DANIEL WEHNER

Prophylaxe, Ästhetische Zahnheilkunde, Implantologie

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am _____

Adresse: Straße/PLZ/Ort _____

Name der Krankenkasse: _____ gesetzlich / privat

Familienversichert bei: Vater / Mutter Name(Hauptversicherter): _____

geb. am _____ tagsüber erreichbar unter Tel.nr. _____

Ist dies der erste Zahnarztbesuch? ja nein Verhältnis zum Zahnarzt? 😊 😐 ☹

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind? Daumen, Finger sonstige wie Beißringe
 Schnuller Trinkfläschchen o.ä. _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat ihr Kind Allergie? ja nein Allergiepass wenn vorhanden bitte Vorlegen

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? Name/Adresse/Telefon: _____

Kinderarzt, Name/Adresse/Telefon: _____

Hatte oder hat ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht ja Herzfehler/-krankheiten ja Lunge/Asthma ja

Sonstige Krankheiten? Ja und zwar _____

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten? Ja, und zwar _____

Putz Ihr Kind die Zähne alleine? Ja nein Wie oft täglich? _____

Prophylaxe: Wurde schon einmal Prophylaxe durchgeführt? Ja Nein

Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine erinnern? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Erziehungsberechtigter)