



männlich weiblich divers

Name, Vorname des Kindes: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum und Geburtsort: .....

Telefonnr., Handy-Nr.: .....

E-Mail-Adresse: .....

Versicherung: .....

Hauptversicherte/r

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Zusätzliche Angaben zur Krankenversicherung bitte ankreuzen:

Gesetzlich versichert      Privat versichert      Zusatzversicherung      Beihilfeberechtigt

## Besteht oder bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Bluthochdruck o.ä.), ..... ja nein

wenn ja, welche? .....

Infektionen (z.B. HIV, Hepatitis), welche? ..... ja nein

Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) ..... ja nein

Nierenerkrankung ..... ja nein

Allergien, welche? ..... ja nein

Welche sonstigen Erkrankungen bestehen zurzeit? .....

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ..... ja nein

Wenn ja, welche? .....

Atmet Ihr Kind mehr als 6 Stunden am Tag und in der Nacht durch den Mund? ..... ja nein

Hat Ihr Kind etwaige Lutschgewohnheiten? ..... ja nein

Wenn ja, woran lutscht es? .....

Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? ..... ja nein

Was hat Ihr Kind für Hobbies? .....

Dürfen bei Ihrem Kind Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden? ..... ja nein

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin /der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r) .....

Geburtsdatum ..... Adresse .....

Datum ..... Unterschrift Erziehungsberechtigte/r .....