

# Zahnarztpraxis Ilona Balea

in Düsseldorf Wersten



Liebe Eltern, bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und Ihr Kind behandeln zu können. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Vielen Dank!

## KIND

Name
Vorname
Strasse
PLZ Wohnort
Krankenversicherung
Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>

Geb.
Hobby, Sport, Lieblingsspielzeug o.ä.:
Basistarif in der privaten Krankenversicherung? <input type="checkbox"/>
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>

## VERSICHERTER

Name
Vorname
Geb.
Strasse
PLZ Wohnort
Erster Besuch beim Zahnarzt?
Hat Ihr Kind Angst?

Tel. privat
Mobil
E-Mail
Behandelnder Hausarzt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

Sind Sie an unserem halbjährigen Erinnerungsdienst interessiert?

## ERNÄHRUNG / ESSGEWOHNHEITEN

deftig <input type="checkbox"/>	Tee ungesüßt <input type="checkbox"/>
isst wenig <input type="checkbox"/>	Limonade <input type="checkbox"/>
isst viel <input type="checkbox"/>	Mineralwasser <input type="checkbox"/>
isst unkontrolliert <input type="checkbox"/>	Fruchtsäfte <input type="checkbox"/>
Tee gesüßt <input type="checkbox"/>	Leitungswasser <input type="checkbox"/>

Liebessessen?	
Überwiegend süß <input type="checkbox"/>	Obst <input type="checkbox"/>
gemischt <input type="checkbox"/>	
FastFood <input type="checkbox"/>	

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Putz Ihr Kinder die Zähne alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kieferorthopädische Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Handzahn- bürste <input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste <input type="checkbox"/> Wie oft/Tag?
Beim wem?

Weiter auf Seite 2



## HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Künstl. Herzklappe/Gelenke	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (z.B. Star)	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Entwicklungsstörungen?	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Allergien:					

Regelmäßige Medikamente? Falls ja welche?

## DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß DSGVO einverstanden

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine – von seltenen Notfällen abgesehen – pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten.

Das Honorar für die in der reservierten Zeit vorgesehenen Leistungen berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminänderung vereinbaren.

Datum, Unterschrift