



Gesundheitsfragebogen für Kinder

Kind:.....
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:.....
Straße PLZ Wohnort

familienversichert bei:.....
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:.....
Falls abweichend Straße PLZ Wohnort

Telefon Privat:..... dienstlich:..... Handy:.....

Krankenkasse:.....

vom Kinderarzt

Mein Kind hat folgende Krankheiten:.....

Mein Kind hat eine schwere Krankheit (seit wann?):.....

Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein:.....

Mein Kind ist allergisch gegen:.....

Zusätzlich bitten wir Sie uns einige Einblicke in das Leben Ihres Kindes zu geben, die uns bei einer Behandlung helfen könnten:

Mein Kind geht in () den Kindergarten () die Vorschule () die Schule (Klasse:)

Mein Kind hat Angst vor dem Besuch beim Zahnarzt () ja () nein

Mein Kind zeigt sich in bestimmten Situationen besonders ängstlich (z.B. Flugzeugstart, Wasserschwamm beim Duschen etc.).....

Haben Sie selber Angst vor dem Besuch beim Zahnarzt? () ja () nein

Fragen an das Kind

In meiner Freizeit beschäftige ich mich am liebsten mit:.....

Meine Hobbys sind:.....

Meine Lieblingsfarbe:..... Mein Lieblingstier:.....

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese evtl. nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden?

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne (Prophylaxe) ()

Hochwertige Füllungen () Ernährungsberatung ()

Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine erinnern?

.....
Datum

.....
Unterschrift