

# ANMELDEBOGEN KIND

Name	Straße, Nr.	E-Mail
Vorname	PLZ	Telefon privat
Geburtsort/-datum	Ort	Mobil
Kinderarzt	Telefon	

Über wen ist Ihr Kind versichert?

- Mutter  Vater

Wie ist Ihr Kind versichert?

- Gesetzlich  privat

Ist Ihr Kind zusatzversichert?

- Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

- Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Überweisung durch

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wünschen Sie eine Terminerinnerung?

- SMS  E-Mail

Möchten Sie in unser Recallsystem?

- SMS  E-Mail

## Zahn-Mund-Situation

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

- Ja  Nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

- Neutral  positiv  negativ

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie lange?

Hat Ihr Kind die Flasche bekommen?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie lange?

Welche Getränke bekommt Ihr Kind sonst?

Hat Ihr Kind den Schnuller bekommen?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie lange?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja  Nein

Name des Kieferorthopäden:

## Erziehungsberechtigter

Name	Straße, Nr.	E-Mail
Vorname	PLZ	Telefon privat
Geburtsort/-datum	Ort	Mobil

Bitte beantworten Sie alle Fragen in Ihrem eigenen Interesse und teilen Sie uns Änderungen mit. Bei Nichteinhaltung von Terminen, ohne ausreichend langer vorheriger Absage (24h), kann der entstandene Honorarverlust in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift