

Patient

(Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort	e-mail Adresse	

Fluoride

Welches Mineralwasser trinkt Ihr Kind? _____

Oder trinkt Ihr Kind Leitungswasser? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Fluorid - Tabletten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? Ja Nein

Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind, oder Sie bei Ihrem Kind am Tag die Zähne? _____

Ernährung

Wie viele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? _____

Was trinkt Ihr Kind am Tag? _____

Was trinkt Ihr Kind am Abend? _____

Was trinkt Ihr Kind in der Nacht? _____

Trinkt Ihr Kind... langsam schnell

Isst Ihr Kind... langsam schnell

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____

Wie lange erhielt Ihr Kind eine Flasche? _____

Montag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Dienstag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Mittwoch:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Donnerstag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Freitag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Samstag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Sonntag:	
Frühstück:	
Zwischenmahlzeit:	
Mittagessen:	
Zwischenmahlzeit:	
Abendessen:	

Ergänzungen, Besonderheiten:

Sehr geehrter Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

individual
prophylaxe

IP

bei uns professionell