

## Aufnahmejournal

---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name Vater/Mutter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

---

Überwiesen / empfohlen von: \_\_\_\_\_

Familien - / Schulzahnarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen:

Ja

Nein

Hat/ Hatte Ihr Kind jemals:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten?  Ja  Nein
- Herz- oder Kreislaufstörungen?  Ja  Nein
- Zuckerkrankheit / andere Stoffwechselkrankheiten?  Ja  Nein
- Asthma oder Allergien jeglicher Art?  Ja  Nein
- Eine andere ernsthafte Krankheit?  Ja  Nein

Muss ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?  Ja  Nein

Wurden die Rachen- / Gaumenmandeln entfernt?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind jemals einen Zahnunfall?  Ja  Nein

War Ihr Kind jemals in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Hat / Hatte ihr Kind Lutschgewohnheiten (Nuggi / Finger)?  Ja  Nein

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Zahnregulierung durchgeführt?  Ja  Nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?  Ja  Nein

Wünschen Sie zur Terminerinnerung vorgängig ein SMS zu erhalten?  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_