

Zahnarztpraxis Dipl. Stom. A. Glathe
Ehrenfelder Platz 4
12524 Berlin
Telefon: 030/6338601



Fragebogen für Kinder

KIND

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Versicherung: _____

ELTERN (VERSICHERUNGSNEHMER)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Möchten Sie, dass Ihr Kind regelmäßig an Kontrolluntersuchung/Prophylaxe Termine erinnert wird?

ja nein per E-Mail per Post

E-Mail: _____

HAT IHR KIND ...

... eine Herzkrankheit ?

Ja • Nein •

... Allergien ?

Ja • Nein •

... andere Erkrankungen?

Ja • Nein •

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja • Nein •

Die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter