



## Gesundheitsfragen:

### 1. Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

- |                            |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht                  | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Herzfehler / Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Krampfanfälle            | <input type="checkbox"/> |
| Lunge / Asthma             | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                   | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen    | .....                    |

### 2. Gibt es sonst noch etwas, das sie uns mitteilen möchten?

.....

### 3. Ist ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

.....

### 4. Hat ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten bestimmten Stoffen gegenüber?

.....

### 5. Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation?

.....

## Ernährung ihres Kindes:

### 1. Was isst und trinkt ihr Kind zum Frühstück?

.....

### 2. Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

.....

### 3. Was trinkt ihr Kind am Tag?

.....

### 4. Was isst und trinkt ihr Kind zum Abendessen?

.....

## Mundhygiene ihres Kindes:

### 1. Die Zähne ihres Kindes werden geputzt

- |                      |                          |                 |                          |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Vom Kind allein      | <input type="checkbox"/> | < 1-mal täglich | <input type="checkbox"/> |
| mit Hilfe der Eltern | <input type="checkbox"/> | 1-mal täglich   | <input type="checkbox"/> |
| von den Eltern       | <input type="checkbox"/> | > 1-mal täglich | <input type="checkbox"/> |

### 2. Womit werden die Zähne geputzt?

- |            |                          |                        |                          |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Von Hand   | <input type="checkbox"/> | Zahncreme mit Fluorid  | <input type="checkbox"/> |
| Elektrisch | <input type="checkbox"/> | Zahncreme ohne Fluorid | <input type="checkbox"/> |



Soll Ihr Kind in unser halbjährliches Recallsystem aufgenommen werden?  Ja  Nein

## Wichtige Informationen

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch von MKG Hohenschönhausen mit genutzt werden, so lange es der kollegialen Zusammenarbeit dienlich ist.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger /Erziehungsberechtigter