



_____	_____	_____
Name und Vorname des Kindes	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

_____	_____	_____
Versicherte/r: Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

\_\_\_\_\_

Krankenkasse\*/Krankenversicherung

\*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?      ja, PG:    \_\_\_    nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?      ja      nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?      ja      nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Was tut Ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

Wovor hat Ihr Kind Angst? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?      ja      nein

Welche Fluoridprophylaxe bekommt Ihr Kind?

fluoridiertes Speisesalz

fluoridierte Zahnpasta      ...für Erwachsene      ...für Kinder

Fluoridgelee

Fluoridtabletten

regelmäßige Fluoridbehandlung in der Schule / im Kindergarten

Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne, nachdem es selbst geputzt hat?      ja      nein

Zahnarzt Dr. Martin Braun  
Zahnärztin Dr. Claudia Scharff, angestellt  
Zahnarzt Dr. Tim Kellner, angestellt  
Jasperallee 25 – 38102 Braunschweig  
Tel: 0531/334229 – Fax: 0531/330488  
www.zahnarzt-martin-braun.de

