



Dr. Koravi

Rathenaustraße 2, Etage 4
45127 Essen



LEIDENSCHAFTSBOGEN

Datum:

Liebe Eltern!

Kinder sind oft sehr aufgeregt vor dem ersten Zahnarztbesuch – vielleicht auch Ihres. Deshalb wünschen wir uns ein paar Informationen über Ihr Kind, damit wir besser mit Ihrem Kind kommunizieren können.

Außerdem freuen wir uns über ein gemaltes Bild von Ihrem Kind. Dieses kann den ersten Kontakt erleichtern und wir hängen es in unserer Galerie auf.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir freuen uns auf Ihr Kind.

Name _____ Vorname _____ Alter _____

Das mag unser Kind sehr:

Das mag unser Kind gar nicht:

Lieblingessen:

Lieblingsfarbe:

Lieblingsspielzeug:

Lieblingsfernsehsendung:

Beste Freundin/bester Freund:
