



Liebe Kinder, liebe Eltern!

Vielen Dank, dass ihr uns eure Zahngesundheit anvertraut.

Wir freuen uns sehr, euch bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit euch über eure zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben euren Personalien auch Angaben über euren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit euch. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir euch gerne weiter.

1 | Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES KINDES

m w

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Geb. Ort _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. privat _____

Mobil _____

Ihr Kind geht in eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Kind ist versichert über

Mutter Vater beide

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung für Ihr Kind?

Mutter Vater

Ja Nein

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN (Elternteil)

m w

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. privat _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Telefon Arbeitgeber _____

Arbeitgeber _____





Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Bei welcher Zusatzversicherung? _____

Basistarif Beihilfeberechtigt

2 | Ernährungsgewohnheiten

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

Ja Nein

Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?

Ja Nein

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?

Ja Nein

Benutzt Ihr Kind

Fluoridhaltige Zahnpasta

Ja Nein

Fluoridhaltiges Speisesalz

Ja Nein

Fluoridtabletten

Ja Nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

AN DIE ELTERN

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

Ja Nein

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?

Ja Nein

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Ja Nein

Welche?:

Welche?:

IHR KIND IST UNS WICHTIG

Was sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Starke Schmerzempfindlichkeit

Starker Würgereiz

Sonstiges _____

3 | Allgemeine Gesundheitsfragen



Name des Hausarztes / Kinderarztes

Kontaktdaten

HAT IHR KIND EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche Ja Nein
- Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen Ja Nein
- Erkrankungen der Leber oder Niere Ja Nein
- Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, TBC, HIV Ja Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselkrankheiten Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen oder andere Blutkrankheiten Ja Nein
- Epilepsie (Krampfanfälle) Ja Nein
- Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung Ja Nein
- Probleme beim Sprechen, Hör- und Sehprobleme (Taubheit) Ja Nein
- Nachgewiesene Allergien Ja Nein

Herzpass seit: _____

Welche?: _____

Welche bzw. auf was? _____

Allergiepass seit: _____

zu hoch zu niedrig

- Lernschwäche/AD(H)S Ja Nein
- Erhöhter oder zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche?: _____

Sonstige Krankheiten? Ja Nein

Welche?: _____

Wurden bei Ihrem Kind bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? _____

4 | Zahnmedizinische Gesundheitsfragen



- War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurden? Ja Nein
- Schnullert Ihr Kind oder lutscht am Daumen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

Wann?: _____

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch? Positiv Neutral Ängstlich Erster Zahnarztbesuch

Ist Ihr Kind zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, bei _____

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, was Sie oder Ihr Kind gestört hat? Ja Nein

Hat Ihr Kind bei vorherigen Zahnarztbesuchen schlechte Erfahrungen gemacht? Ja Nein



MÖCHTEN SIE AN DEN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN IHRES KINDES ERINNERT WERDEN?

Ja Nein

per Telefon per Brief per E-Mail

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Internet Telefonbuch Kindergarten/Kita/Schule
 Sonstiges _____

Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Termine exklusiv für unsere kleinen Patienten eingeplant. Sollten ihr einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informiert uns bitte sofern möglich **mindestens 24 Stunden vorher**. Andernfalls sind wir berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen.

Krankenversichertenkarte

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Erklärung

Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben meines Kindes. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten