



# 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