

Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Erziehungsberechtigte Vater Mutter Sonstige _____
 Kosenname des Kindes _____
 Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Anspruch auf Beihilfe

Ihr Zahnarztbesuch

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____
 Besteht eine Zahnarztangst? nein ja
 Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst? _____
 Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch
 Schmerz Festhalten Spritze Falsche Versprechungen
 Andere Vorkommnisse, nämlich _____
 Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____
 Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____
 Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? nein ja
 Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? nein ja

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____
 Neigen Sie zu ... Vater Mutter
 Karies? nein ja nein ja
 Zahnstein? nein ja nein ja
 Zahnfleischbluten? nein ja nein ja
 Zahnarztangst? nein ja nein ja

bitte wenden >>

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen vorm zu-Bett-gehen
Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahnholzchen Zahnzwischenraumbürstchen
Zahnpasta: Name: _____ mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoridzufuhr

- Werden/wurden D-Fluoretten gegeben? nein ja Von wann bis wann? _____
Zymafluor? nein ja
Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____
Wird fluoridierte Mundspülung angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____
Fluoridierung beim Zahnarzt? nein ja
Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt? nein ja

Essgewohnheiten des Kindes:

- Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? nein ja Wenn ja, wie oft? selten 1x pro Tag mehrmals täglich
Was bevorzugt Ihr Kind zum Frühstück?
Getränke Tee/Kaffee mit Zucker Tee/Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte
 Sonstiges _____
Nahrung Brot Butter Marmelade Nutella Käse Wurst Müsli
 Cornflakes Obst Süßigkeiten Sonstiges _____
Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte) _____
Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit? Kuchen Süßigkeiten belegtes Brot Chips, Salzstangen, etc.
 Obst
Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) _____
Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? (Mineral-) Wasser Limonade, gezuckert Tee Milch
 Kakao Fruchtsäfte Cola Sonstiges _____

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

- Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____
Trinkt Ihr Kind immer noch aus der Flasche? nein ja Trinkt Ihr Kind aus dem Becher? nein ja
Was? Wasser Limonade Fruchtsäfte Tee gesüsst Tee ungesüsst
 Früchtetee gesüsst Früchtetee ungesüsst Milch Kakao

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Hörstörungen
 Spastik Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung Lungenerkrankung
 Tuberkulose Erkrankungen des Blutes Lebererkrankungen/Gelbsucht Immunschwäche (AIDS)
 Nervenerkrankungen Magen-Darm-Erkrankung geistige Verzögerung geistige Behinderung
 Lernbehinderung Rheuma / rheumatisches Fieber

- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja
Wenn ja angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation/en Sonstiges: _____
Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja Wenn ja, worauf? _____
Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja Wenn ja, welche? _____
Verlief die Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum? _____
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja
Hatte es schwere Unfälle? nein ja
War es schon einmal im Krankenhaus? nein ja
Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Hausarzt / Facharzt _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen/individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____
Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose? _____

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail

Die Welt Ihres Kindes

Liebling-Beschäftigung _____ Lieblings-Essen _____
Lieblings-Tier _____ Lieblings-Kuscheltier _____
Lieblings-Buch _____ Lieblings-Musik _____
Lieblings-Schulfach _____ Lieblings-Sendung _____
Hat Ihr Kind einen Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z. B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsländ, Ferienort, Zelt, u. s. w.) _____

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnfehlstellungsregulierung
 Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel minimalinvasive Zahnbehandlung
 Laserkaries Diagnostik Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.schoene-gesunde-zaehne.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____