

Liebe Eltern,

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

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

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Erziehungsberechtigte ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige _____

Kosenamen 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 ☐ Zahnhölzchen ☐ 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:

Ist 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 die bevorstehende Zahnbehandlung _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose? _____

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

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

Die Welt Ihres Kindes

Liebling-Beschäftigung _____	Lieblings-Essen _____
Liebblings-Tier _____	Liebblings-Kuscheltier _____
Liebblings-Buch _____	Liebblings-Musik _____
Liebblings-Schulfach _____	Liebblings-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 _____