



Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon-Nr.: _____ **Sorgeberechtigt? Ja** **Nein**

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon-Nr.: _____ **Sorgeberechtigt? Ja** **Nein**

Liebe Eltern, für eine optimale Behandlung Ihres Kindes sind einige Angaben nötig.
Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an.

Medizinische Anamnese / Allgemeingesundheit

Hat Ihr Kind:	Ja	Nein
 Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Allergien? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen (blutet Ihr Kind länger als üblich?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Herzfehler, - geräusch oder Herzerkrankung? Welche: _____ Herzpass seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Kreislaufbeschwerden oder Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Leber- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Arzneimittelüberempfindlichkeit? (z.B. Penicillinüberempfindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Lernschwäche oder Sprachprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Spastik oder veränderten Muskeltonus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Hörprobleme oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Sehschwächen oder Blindheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Sonstige angeborene oder erworbene Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Name des behandelnden Kinderarzt + Adresse _____

 Befindet sich Ihr Kind in sonstiger fachärztlicher Betreuung?
(zB. Orthopäde, Kardiologe) **Ja** **Nein**

 War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?

 Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?
Wenn Ja, welche: _____

 Gewicht des Kindes: _____

Zahnmedizinische Anamnese

 Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden)

 Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

 Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen?
Wenn ja, welche? _____

 Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich?

 Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

 Was wünschen/erwarten Sie bei dem heutigen Besuch? _____

Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und Fluoridnutzung

 Ist Ihr Kind gestillt worden?

 Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?

 Trinkt Ihr Kind aus der (Nuckel-)Flasche?
Was ist in der Flasche? _____

Wann bekommt Ihr Kind die Flasche? _____

 Isst Ihr Kind viel Süßes? Wann bzw. Wie oft? _____

 Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind? Wie oft täglich? _____

 Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

 Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein?

 Wann und wie putzt Ihr Kind alleine die Zähne? _____

 Wer putzt wann und wie die Zähne Ihres Kindes nach? _____

 Wird Fluoridgel verwendet? (z.B. Elmex Gelee)?

Spezielle Fragen zur Kinderbehandlung

Viele Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern.



Was sind zur Zeit bevorzugte Interessen Ihres Kindes? _____



Was ist Ihnen wichtig vor/während/nach der Behandlung? _____



Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/Situationen mit Angst?
(z.B. vor schlechten Noten, großen Hunger etc.)

Ja **Nein**



Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst?
Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst Ihres Kindes?

<input type="checkbox"/> Berührung	<input type="checkbox"/> Geschmack	<input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl	<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Gefühl während der Behandlung	<input type="checkbox"/> Gefühl hinterher	
<input type="checkbox"/> weißer Kittel	<input type="checkbox"/> Instrumente	<input type="checkbox"/> typische Gerüche	



Haben Sie als Eltern Angst vor einem Zahnarzt(besuch)?



Sind Sie einverstanden, dass Sie das Behandlungszimmer verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z.B. Zähne putzen oder Zähne anschauen) nicht mitarbeiten will?

Liebe Patienten,

wir erinnern Sie gerne per SMS an Ihre vereinbarten Zahnarzttermine.

Sollten Sie dennoch Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vor Ihrem geplanten Termin abzusagen.

Anderenfalls erlauben wir uns Ihnen eine Ausfallpauschale von 50 % der geplanten Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

