

**Liebe Eltern,**

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Teams und dienen ausschließlich dazu, den Gesundheitszustand und die persönlichen Wünsche Ihres Kindes bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern!

**Ihre Kristin Tresko, Dr. Mirja Schulz & Team**

**ANGABEN ZUM KIND**  m  w

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	Beihilfe	Schulklasse

**HAUPTVERSICHERTER/ELTERNTEIL**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf		E-Mail
Telefon privat		Telefon mobil
Adresse, falls abweichend vom Kind		

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr Kind zuletzt beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

	ja	nein		ja	nein
Hat ihr Kind momentan Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind bei Ihrem Kind Zähne locker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE UMBLÄTTERN**



**BESTEHEN BZW. BESTANDEN BEI IHREM KIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN?**

	ja	nein		ja	nein
<input type="checkbox"/> Erhöhter <input type="checkbox"/> Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Lungenerkrankung (COPD, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, o.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelerkrankung (Vit.B12-Mangel, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörprobleme (Trommelfellröhrchen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernschwäche/Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**WEITERE WICHTIGE FRAGEN**

	ja	nein	
Fehlen Ihrem Kind Impfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Verträgt Ihr Kind Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Befindet sich Ihr Kind in ärztl. Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	warum: _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Wann wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_ welches Organ? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen, Allergien und ergänzende Angaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nach Injektionen muss Ihr Kind mind. 2 Stunden unter Aufsicht sein. Es besteht die Gefahr schwerer Selbstverletzungen.**  
Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und werden uns bemühen, die Behandlung und den Aufenthalt in unserer Praxis für Ihr Kind und für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten.

Ihr Praxisteam



**Liebe Eltern,**

zur Vorbereitung einer entspannten Zahnbehandlung Ihres Kindes möchten wir Ihr Kind gern noch besser kennen lernen. Bitte füllen Sie dafür unseren Kinderzusatzbogen aus.

	ja	nein			
Gab es bei der Geburt Ihres Kindes Schwierigkeiten? (Frühgeburt, Zangengeburt, Kaiserschnitt, ...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? (Wie lange und woran? z.B. Daumen, Schnuller...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel- oder Sportflasche? (Wenn ja, wie oft und was?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form? (Salz, Zahnpasta, Fluoretten...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden? (Wenn nein, was möchten Sie ändern?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport? (Inliner, Hockey, Rugby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? (Wenn ja, wo genau und wobei?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1 mal	2 mal	3 mal	öfter	
Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				ja	nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht? _____					

**DIE WELT IHRES KINDES ...**

Liebings-Beschäftigung: _____	Liebings-Essen: _____
Liebings-Aufenthaltsort: _____	Liebings-Buch: _____
Liebings-Kuscheltier/Puppe: _____	Liebings-Sport: _____
Liebings-Tier: _____	Liebings-Star: _____
Liebings-Eis: _____	Liebings-Fernsehserie: _____

**ELTERNFRAGEN**

	Mutter	Vater	Beide
Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren eigenen Zähnen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Zahnstein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? _____			