

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	☐ privat ☐ 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?	☐	☐	Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten?	☐	☐
Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt?	☐	☐	Sind bei Ihrem Kind Zähne locker?	☐	☐
Wurde die Behandlung abgeschlossen?	☐	☐	Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	☐	☐

BITTE UMBLÄTTERN

BESTEHEN BZW. BESTANDEN BEI IHREM KIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

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

WEITERE WICHTIGE FRAGEN

	ja	nein	
Fehlen Ihrem Kind Impfungen?	☐	☐	welche: _____
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	☐	☐	welche: _____
Verträgt Ihr Kind Medikamente nicht?	☐	☐	welche: _____
Befindet sich Ihr Kind in ärztl. Behandlung?	☐	☐	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, ...) _____	☐	☐
Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____	☐	☐
Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? (Wie lange und woran? z.B. Daumen, Schnuller...) _____	☐	☐
Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel- oder Sportflasche? (Wenn ja, wie oft und was?) _____	☐	☐
Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form? (Salz, Zahnpasta, Fluoretten...) _____	☐	☐
Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet?	☐	☐
Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden? (Wenn nein, was möchten Sie ändern?) _____	☐	☐
Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport? (Inliner, Hockey, Rugby)	☐	☐
Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? (Wenn ja, wo genau und wobei?) _____	☐	☐
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	☐	☐
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	☐	☐

	1 mal	2 mal	3 mal	öfter
Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel?	☐	☐	☐	☐
Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne?	☐	☐	☐	☐
Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei?	☐	☐	☐	☐

	ja	nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	☐	☐
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?	☐	☐
Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht? _____		

DIE WELT IHRES KINDES ...

Liebings-Beschäftigung: _____

Liebings-Aufenthaltsort: _____

Liebings-Kuscheltier/Puppe: _____

Liebings-Tier: _____

Liebings-Eis: _____

Liebings-Essen: _____

Liebings-Buch: _____

Liebings-Sport: _____

Liebings-Star: _____

Liebings-Fernsehserie: _____

ELTERNFRAGEN

	Mutter	Vater	Beide
Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch?	☐	☐	☐
Haben Sie Allergien?	☐	☐	☐
Sind Sie mit Ihren eigenen Zähnen zufrieden?	☐	☐	☐
Neigen Sie zu Karies?	☐	☐	☐
Neigen Sie zu Zahnstein?	☐	☐	☐
Neigen Sie zu Zahnfleischbluten?	☐	☐	☐
Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? _____			