



## Liebe Eltern,

wir heißen Sie mit Ihrem Kind in unserer Praxis herzlich willkommen. Damit wir Ihrem Kind in unserer Praxis eine möglichst angenehme Zahnbehandlung zukommen lassen können und weil wir uns gerne auf Ihr Kind einstellen wollen, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Über welche Person ist das Kind versichert?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein

privat versichert  ja  nein

Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein

beihilfeberechtigt  ja  nein

### Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Ihr Kind geht in

den Kindergarten \_\_\_\_\_

die Schule \_\_\_\_\_

eine andere Einrichtung, nämlich \_\_\_\_\_

### Einblicke in die Welt des Kindes:

Liebblings-Beschäftigung Ihres Kindes \_\_\_\_\_

Liebblings-Essen \_\_\_\_\_

Liebblings-Tier \_\_\_\_\_

Liebblings-Buch \_\_\_\_\_

Liebblings-Spielzeug \_\_\_\_\_

Liebblings-Getränk \_\_\_\_\_

Liebblings-Farbe \_\_\_\_\_

Liebblings-Film/Serie \_\_\_\_\_

Liebblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte): \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

- bitte wenden -



**Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?**  ja  nein

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma               | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden                                    |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen         | <input type="checkbox"/> Spastik                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                           |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes, Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose          | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber                      |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung     | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS)                             |
| <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> ADHS                      | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung                                  |

**Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?**  ja  nein

- Herzoperationen  angeborener oder erworbener Herzfehler  Sonstiges? \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?  ja  nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Gab es Probleme bei der Schwangerschaft/Geburt?  ja  nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Was sollten wir sonst noch wissen? \_\_\_\_\_

## Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt:  vom Kind selbst  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern

Wann werden sie geputzt?  vor dem Frühstück  nach dem Frühstück  nach dem Mittagessen

nach dem Abendessen  vor dem Zu-Bett-Gehen

Womit werden sie geputzt?  Handzahnbürste  elektr. Zahnbürste  Munddusche

Zahnzwischenraumbürste  Zahnseide  Zahnhölzchen

Mit welcher Zahnpasta?  Kinderzahnpasta ohne Fluorid  Kinderzahnpasta mit Fluorid

Juniorzahnpasta  Erwachsenenzahnpasta



## Fluoridzufuhr

- Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben?  ja  nein
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?  ja  nein
- Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt?  ja  nein

## Lutschgewohnheiten

- Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?  ja  nein

Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_

## Lutschgewohnheiten

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte zutreffendes unterstreichen):

Leitungswasser, Mineralwasser, ungesüßten Tee, gesüßten Tee, Fruchtsaftchorle, Fruchtsaft, Sportgetränk, Instanttee, Milch, Limonade, Eistee, Kakao, Cola, \_\_\_\_\_

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag ungefähr? \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte zutreffendes unterstreichen):

Obst, Gemüse, Kaugummi, Joghurt, belegtes Brot, Brezen, Reiswaffeln, Müsliriegel, Kekse, Kuchen, Chips, Salzstangen, Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers usw.), \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

- Internet  andere Quelle \_\_\_\_\_

- Es besteht Interesse an  unserem Erinnerungsservice
- individuellen Prophylaxemaßnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe)

- Sorgerecht:  Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe
- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter 1 Erziehungsberechtigter 2

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_