

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 Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Basistarif (2,0 fach)

zusatzversichert vollversichert Anspruch auf Beihilfe

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? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden? ja nein

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

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnfehlstellungsregulierung

Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.cm-kiel.de? nein ja

Wenn ja, welche für Sie wichtigen Informationen haben Sie gefunden?

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Ihr Zahnarztbesuch

Grund des Zahnarztbesuches? _____

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? nein ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind 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

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 Schlafen gehen

Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche

Zahnseide Zahnhölzchen Zahnzwischenraumbürstchen

Zahnpasta: Name: _____ mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoridzufuhr

Werden / wurden Fluoridtabletten gegeben? nein ja Von wann bis wann? _____

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:

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? nein ja Wenn ja, wie oft? selten 1x pro Tag mehrmals täglich

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Mahlzeiten ein? nein ja

Wenn ja, welche? Frühstück Mittagessen Abendessen

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? (Mineral-) Wasser Limonade, gezuckert Milch Kakao

Fruchtsäfte Cola Tee gesüßt Tee ungesüßt

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
 Fruchtee gesüßt Fruchtee 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 (HIV)
 Nervenerkrankungen Magen-Darm-Erkrankung Rheuma / rheumatisches Fieber Erbkrankheit
 Lernbehinderung körperliche Behinderung geistige Verzögerung geistige Behinderung
 sonstige Stoffwechselerkrankungen? _____

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? _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja
Wenn ja, welches Organ? _____

Hatte es schwere Unfälle? nein ja

War es schon einmal im Krankenhaus? nein ja

War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt? nein ja
Wenn ja, wo und weshalb? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Brauchte Ihr Kind Nuckel oder Daumen? nein ja
Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Kieferorthopädische Behandlung? nein ja beendet laufend
 herausnehmbar festsitzend

Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt _____ Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____