



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. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr wir erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Erziehungsberechtigte Vater Mutter Sonstige _____
 Kosename des Kindes _____
 Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Standardtarif (1,7fach)
 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? _____
 Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose? _____

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

Die Welt Ihres Kindes

Liebings-Beschäftigung _____ Lieblings-Essen _____
 Liebings-Tier _____ Lieblings-Kuscheltier _____
 Liebings-Buch _____ Lieblings-Musik _____
 Liebings-Schulfach _____ Lieblings-Sendung _____
 Hat Ihr Kind einen Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z.B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt, u.s.w.) _____

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.zahnarztpraxis-gresch.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen 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 zu-Bett-gehen

Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche

Zahnseide Zahnhölzchen Zahnzwischenraumbürstchen

Zahnpasta: Name: _____ mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoridzufuhr

Werden / wurden D-Fluoretten gegeben? nein ja Von wann bis wann? _____

Zymafluor? nein ja

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

Was bevorzugt Ihr Kind zum Frühstück?

Getränke Tee / Kaffee mit Zucker Tee / Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte

Sonstiges _____

Nahrung Brot Butter Marmelade Nutella Käse Wurst Müsli

Cornflakes Obst Süßigkeiten Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte) _____

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit? Kuchen Süßigkeiten belegtes Brot Chips, Salzstangen, etc.

Obst Gemüse

Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) _____

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

Kakao Fruchtsäfte Cola Sonstiges _____

Brauchte Ihr Kind Nuckel oder Daumen? nein ja

Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

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

Fruchttetee gesüßt Fruchttetee ungesüßt Milch Kakao

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber | | |

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? _____

Verlief die Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum? _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja

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

Ärztliche Behandlung

Beindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis bereit.

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

Datum _____ Unterschrift _____

Zahnärztin

Dr. med. dent. Ute Gresch

Plöner Straße 10

24534 Neumünster

Tel. 04321 - 22 7 77

Fax 04321 - 26 08 12

info@zahnarztpraxis-gresch.de

www.zahnarztpraxis-gresch.de