

Wir sind der Überzeugung, dass Kinder einen Zahnarztbesuch als positives Erlebnis erfahren können.

Voraussetzung dafür ist ein liebevoller und geduldiger Umgang mit dem kleinen Patienten in einer kindgerechten und angstfreien Atmosphäre. Wir gehen ganz individuell auf Ihr Kind ein und respektieren seine Bedürfnisse. Durch den Einsatz schonender, schmerzvermeidender Diagnostik- und Therapien sollen die Kleinen Zahnbehandlungen entspannt erleben und abspeichern. Unser Ziel ist es eine positive Beziehung zu Ihrem Kind aufzubauen, um auch für die Zukunft eine stabile Vertrauensbasis zu schaffen. Die kleinen Patienten sollen durch einen frühzeitigen und vor allem regelmäßigen Kontakt an die Selbstverständlichkeit angstfreier, lebenslanger Zahnvorsorge herangeführt werden.

Persönliche Daten

Vorname Kind / Name	weiblich / männlich
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Kind geht in Kindergarten / Schule / Klasse	

Erziehungsberechtigte(r)

Mutter:

Vater:

Name / Vorname	Name / Vorname
Geburtsdatum / Geburtsort	Geburtsdatum / Geburtsort
Tel. Privat	Tel. Privat
Tel. Arbeit	Tel. Arbeit
Tel. Mobil	Tel. Mobil
E-Mail	E-Mail
Vom Kind abweichende Adresse	Vom Kind abweichende Adresse

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein
Über wen ist das Kind versichert? Mutter Vater Sonstige
Wer ist Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen? Mutter Vater Sonstige

Wer ist der Kinderarzt/Hausarzt?

Name / Ort

Erinnerungsservice

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erinnert werden?

ja nein

Hinweis

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Röntgen

Wann wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? _____
Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Geschwister

Hat das Kind Geschwister? Ja Nein
Wenn ja, wie viele (älter/jünger)? _____

Allgemeine Fragen

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch?
 positiv neutral ängstlich

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Hat Ihr Kind bereits negative Erfahrungen Ja Nein
in Zusammenhang mit einem Zahnarztbesuch gemacht?

Gab es bisher eine Narkosenbehandlung? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall,
bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurden? Ja Nein

Ist ihr Kind zu Zeit in kieferorthopädischer
Behandlung? Ja Nein

Gab es Auffälligkeiten während der
Schwangerschaft? Ja Nein

Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Besitzt Ihr Kind einen Herzpass?
Herzerkrankungen? Ja Nein

Herzfehler? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Beeinträchtigungen

Probleme beim Hören, Sprechen, Sehen Ja Nein

Lernschwäche / AD(H)S Ja Nein

Geistige Beeinträchtigung Ja Nein

Gehbehinderung Ja Nein

Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle Ja Nein

Diabetes / Stoffwechselerkrankungen Ja Nein

Erkrankungen von Leber oder Niere Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen /
andere Blutkrankheiten Ja Nein

Genetische Erkrankungen / Syndrome? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

HIV Ja Nein

Hepatitis (A, B, C) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Sonstige Krankheiten? Ja Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein

Ist Ihr Kind gegen bestimmte Medikamente
oder Substanzen allergisch (z.B. Schmerzmittel,
Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?
 Daumen Finger Schnuller Trinkfläschchen
 Sonstiges _____

Ernährung / Essgewohnheiten / Fluoridanamnese

überwiegend süß überwiegend deftig gemischt

Obst Fast Food

isst unkontrolliert isst wenig isst viel

Fruchtsäfte Limonaden

Mineralwasser Tee ungesüßt Tee gesüßt

Über die Welt Ihres Kindes:

Bitte füllen Sie diesen Part zusammen mit Ihrem Kind aus:
Lieblings-Beschäftigung _____

Lieblings-Essen _____

Lieblings-Sport _____

Lieblings-Schulfach _____

Ich bin ein Fan von: _____

Lieblingsobst: _____

Lieblings-Tier / Kuscheltier: _____

(Bitte in Zukunft mitbringen)

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigter

Ort: _____ Datum: _____

Einverständniserklärung zur Publikation von Fotos.
Während der Zahnbehandlung werden oftmals Fotos erstellt, die für
Publikationen und Fortbildungszwecke vorgesehen sein können.
Hiermit erkläre ich als Erziehungsberechtigter mein Einverständnis,
dass diese Bilder anonymisiert bei Fortbildungs-veranstaltungen vor
Fachpublikum (Zahnärztinnen/Zahnärzte und Mitarbeiter/ - innen)
veröffentlicht werden dürfen.

Datum

Unterschrift