

Liebe Eltern,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne im persönlichen Erstgespräch in der Praxis.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Elternteil 1: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Elternteil 2: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

ggf.: weitere Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf Elternteil 1: \_\_\_\_\_ Beruf Elternteil 2: \_\_\_\_\_

Versichert über: Elternteil 1 ( ) Elternteil 2 ( ) Andere ( )

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt ( )

Rechnungsempfänger: Elternteil 1 ( ) Elternteil 2 ( )

Erziehungsberechtigter: beide ( ) Elternteil 1 ( ) Elternteil 2 ( ) Andere ( )

## Fragen zur Gesundheit

Hat oder hatte Ihr Kind eine der nachfolgenden Erkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| ( ) Herzfehler/ Herzerkrankungen            | ( ) Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC)  |
| ( ) Endokarditisrisiko/Herzpass seit: _____ | ( ) Immunschwäche                                |
| ( ) Lungenerkrankung/Asthma                 | ( ) Blutgerinnungsstörungen                      |
| ( ) Nieren-/ Lebererkrankung                | ( ) Fieberkrämpfe oder Anfallsleiden (Epilepsie) |
| ( ) Schilddrüsenerkrankung                  | ( ) Geistige Behinderung/Verzögerung             |
| ( ) Stoffwechselkrankheiten (Diabetes)      | ( ) Lernschwäche/Sprachprobleme/ADHS             |

Andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja ( ) nein ( )

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

Hat Ihr Kind Allergien (Allergiepass)? Ja ( ) nein ( ) Welche? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

Nein ( ) ja ( ) Bei wem/Wo? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für den Besuch bei uns / was ist Ihnen wichtig

\_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Anamnese

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt  Ja  Nein

Wenn ja: Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurde?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind sichtbare Karies (dunkle Stellen...)?  Ja  Nein

Wurden bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?  Ja  Nein

Wenn ja, wann (Monat/Jahr)  
Bei wem (Name, Anschrift)? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja: Bei wem \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja: Bei wem \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  Schnuller  Daumen  Stofftier  Sonstiges  Keine

Wie häufig werden die Zähne täglich geputzt?  Gar nicht  1x  2x  3x und öfter

Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei?  Gar nicht  1x  2x  3x und öfter

Womit werden die Zähne geputzt?  elektr. Zahnbürste  Handzahnbürste  Zahnseide

Verwendet Ihr Kind fluoridierte Zahnpasta?  Ja  Nein Welche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen?  Ja  Nein wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  Ja  Nein

## Ernährung

Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen / in der Nacht?  Ja  Nein Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am häufigsten? \_\_\_\_\_

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten?  Gar nicht  1x wöchentlich  1x täglich  mehrmals täglich

Was isst Ihr Kind zum Frühstück? \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind zwischendurch? \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind zum Abendessen? \_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

**Erteilt uns ein Elternteil allein sein Einverständnis für eine Behandlung, erklärt er hiermit, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

Schloss Holte-Stukenbrock, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten