



ZAHNARZTPRAXIS
REINKE & KOLLEGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Eltern,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung haben – für eine individuelle, auf die Gesundheit Ihres Kindes abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir daher einige persönliche Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so sorgfältig wie möglich aus und teilen uns Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes unmittelbar mit. Bei Rückfragen oder Anmerkungen helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN KIND

Vorname

Nachname

Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert
 Beihilfe

Geburtsdatum, -ort

weiblich männlich

PERSONALIEN ELTERN

Vorname (*Mutter*)

Nachname (*Mutter*)

Geburtsdatum, -ort (*Mutter*)

Vorname (*Vater*)

Nachname (*Vater*)

Geburtsdatum, -ort (*Vater*)

E-Mail

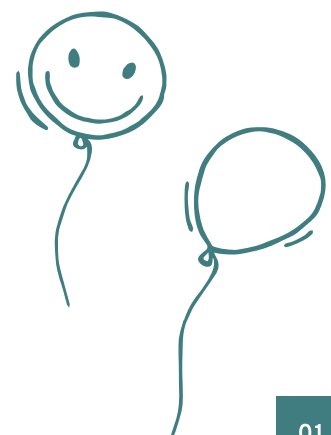
Telefon (*privat*)

Telefon (*mobil*)

Das Kind ist versichert bei Mutter Vater

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Internet Telefonbuch Freunde/Familie
 Werbung/Anzeige Praxisschild Sonstiges



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

1. Mit welchem Anliegen kommen Sie heute zu uns? Erstkontrolle Schmerzen Sonstiges

2. Name des Kinderarztes: _____

JA NEIN

3. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? JA NEIN

Wenn ja, wann war Ihr Kind zuletzt beim Zahnarzt und bei wem? _____

Welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht? _____

4. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? JA NEIN

5. Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? JA NEIN

6. Nimmt Ihr Kind Schmerzmittel? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

7. Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? JA NEIN

8. Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet? JA NEIN

9. Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden? JA NEIN

Wenn nein, was möchten Sie ändern? _____

10. Gab es bei der Geburt Ihres Kindes Schwierigkeiten (z.B. Früh-/Zangengeburt, Kaiserschnitt)? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

11. Wurde Ihr Kind gestillt? JA NEIN

Wenn ja, wie lange? _____

12. Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? JA NEIN

Wenn ja, wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller)? _____

13. Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel- oder Sportflasche? JA NEIN

14. Was trinkt Ihr Kind im Alltag? _____

15. Bekommt Ihr Kind Fluoride? JA NEIN

Wenn ja, in welcher Form (z.B. Salz, Zahnpasta, Fluoretten)? _____

16. Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport (z.B. Inliner, Hockey, Rugby)? JA NEIN

Wenn ja, welchen? _____

17. Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel? 1x 2x 3x mehr als 3x

18. Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne? 1x 2x 3x mehr als 3x

19. Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei? nie manchmal immer

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

	JA	NEIN
20. Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? Wenn ja, wo genau und wobei? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Befindet sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? Wenn ja, wann, warum und welches Organ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hat Ihr Kind Allergien (z.B. Nuss, Jod, Sojamilch)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Fehlen Ihrem Kind Impfungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hat bzw. hatte Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzkrankheit (z.B. Infarkt, Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckveränderung niedrig/hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit (z.B. Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit (z.B. TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs (Tumorerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemütskrankung (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung (z.B. Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernschwäche/Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenleiden (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörprobleme (z.B. Trommelfellröhrchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIE WELT IHRES KINDES

Kosename Ihres Kindes: _____

♥ Lieblings-Beschäftigung: _____

♥ Lieblings-Kuscheltier/Puppe: _____

♥ Lieblings-Tier: _____

♥ Lieblings-Essen: _____

♥ Lieblings-Sport: _____

Sonstiges: _____

WICHTIGE INFORMATION

Sie kommen mit Ihrem Kind zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Ihr Kind reservierte Zeit vollauf für Ihr Kind zur Verfügung haben.

Allerdings bedeutet dies auch, dass wir Sie bitten müssen, uns **spätestens 48 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

EINWILLIGUNG ZUR RÖNTGEN-DIAGNOSTIK & ÖRTLICHEN BETÄUBUNG

Um bei Ihrem Kind eine Röntgendiagnostik durchführen zu können, benötigen wir die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten.

Für die Reduktion der Strahlenbelastung Ihres Kindes ist unsere Praxis nach den neuesten Standards ausgerichtet und verfügt zusätzlich über digitales Röntgen.

Willigen Sie zur **Röntgen-Diagnostik** ein?

Ja Nein

Wenn bei Ihrem Kind Karies entfernt oder ein Milchzahn gezogen werden muss, arbeiten wir in aller Regel mit einer örtlichen Betäubung. Dafür benötigen wir ebenfalls die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten.

Willigen Sie zu einer **lokalen Betäubung** ein, wenn diese medizinisch notwendig sein sollte?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter