

Liebe Eltern,

mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die freien Zeilen sorgfältig aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an - vielen Dank.

Patient

(Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Telefon

Versicherter

(Herr/Frau)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Telefon

Durch wen wurden Sie an unsere Praxis empfohlen? _____

Wer ist für das Kind sorgeberechtigt? Mutter Vater _____

Bisheriger Zahnarzt? _____

Kinderarzt / Hausarzt / Spezialist? _____

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben oder unverschuldet verhindert zu sein, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten und / oder gesetzlichen Vertreter

1. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
2. Hat Ihr Kind schon einmal allergisch auf Medikamente reagiert? Ja Nein
3. Hat Ihr Kind schon einmal Epileptiforme Anfälle? Ja Nein
4. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
5. Sonstige Hinweise/ Allergien _____
6. Welches Anliegen hat Ihren Besuch bei uns veranlasst? _____
7. Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt? _____
8. Hat Ihr Kind einen Herzpass Bluterpass Allergiepass _____
9. Hat sich Ihr Kind schon einmal an den Zähnen und / oder im Kopf- / Mundbereich verletzt? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo? _____
10. Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? Gut Schwierig
11. Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein? Gut Mittel nicht möglich
12. Welche Produkte bekam / bekommt Ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)
13. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? Eltern Kind
Wie oft werden die Zähne geputzt? gar nicht gelegentlich
 1 x tgl. 2-3 x tgl.
Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt? Morgens Mittags Abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste Elektr. Zahnbürste
 Kinderzahnpaste Erwachsenenzahnpaste
 Fluoridfreie Zahnpasta
- Verwenden Sie 1x wöchentlich Elmex Gelee? Ja Nein
Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen? ~ 2 Jahre Bis jetzt Nein
Nutzen Sie fluoridiertes Salz im Haushalt? Ja Nein
14. Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Schnuller Lippen / Wangen saugen
 Daumen lutschen sonstiges _____
15. Für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr
Bis zu welchem Alter wurde / wird Ihr Kind gestillt? _____ Bis jetzt
Wie häufig wurde / wird Ihr Kind innerhalb von 24 Stunden gestillt? _____
Bis zu welchem Alter trank / trinkt ihr Kind aus einer Nuckelflasche? _____ Bis jetzt
Was war am Häufigsten in der Flasche? _____
Bis zu welchem Alter trank / trinkt ihr Kind aus einem Trinklernbecher? _____ Bis jetzt
Bis zu welchem Alter trank/ trinkt ihr Kind aus einer Trinkflasche? _____ Bis jetzt
Seit welchem Alter trinkt ihr Kind aus der Tasse? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten und / oder gesetzlichen Vertreter