



Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zahnmedizinisch von uns betreuen lassen.

Wir möchten die Behandlung möglichst schonend gestalten und bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Patient:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Mitglied:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Straße:		Hausnummer:
	PLZ:	Ort:	Telefon:
Krankenversicherung:			
Empfohlen durch:			

Ist dies der 1. Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind bei der letzten Behandlung gut mitgearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind Schmerzen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weiß Ihr Kind, dass es Zahnschäden (Löcher, Karies) hat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verhält sich Ihr Kind bei anderen Ärzten ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie glauben Sie wird Ihr Kind bei der Behandlung mitarbeiten?	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	
	<input type="checkbox"/> schlecht	
	<input type="checkbox"/> gut	
	<input type="checkbox"/> sehr gut	



Lutscht Ihr Kind (Finger, Daumen, Schnuller)?

Ja

Nein

Wann hat es damit aufgehört?

Atmet Ihr Kind ständig durch den Mund?

Ja

Nein

Ist der Mund immer leicht geöffnet?

Ja

Nein

Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind eine Zahnsperre/Klammer benötigt?

Ja

Nein

Liegt bei Ihrem Kind eine allgemeine Erkrankung (z.B. Herzfehler, Zuckerkrankheit, Krampfleiden o.ä.) vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Erkrankung:

Kinder können Ihre Aufmerksamkeit nicht zwischen zwei Erwachsenen teilen.

Es ist daher vorteilhaft, wenn während der Behandlung nur der Arzt mit dem Kind spricht und Sie nur still zuschauen. Erklären Sie Ihrem Kind auch, dass die Anwesenheit der Eltern während der Behandlung nur gestattet ist, wenn es gut mitarbeitet.

Datum

Unterschrift