



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:	Mobil/Festnetz:
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 / Arztbesuchen 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)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann hat es damit aufgehört?	<input type="text"/>	
Atmet Ihr Kind ständig durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Mund immer leicht geöffnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind eine Zahnsperre/Klammer benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihrem Kind eine allgemeine Erkrankung (z.B. Herzfehler, Zuckerkrankheit, Krampfleiden o.ä.) vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Erkrankung:	<input type="text"/>	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Medikamente:	<input type="text"/>	

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.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass regelmäßige, halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind wichtig sind.

Vom 6.-18. Lebensjahr empfehlen wir für Ihr Kind die regelmäßige Teilnahme an den speziellen, prophylaktischen Maßnahmen (Putzschule, Versiegelung etc.) unserer Praxis.

Datum

Unterschrift