



Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie uns die Mundgesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Wie bei unseren erwachsenen Patienten benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Kind:

Kind

Name / Vorname _____ Telefon _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Kinderarzt _____ Geburtsdatum _____

Versicherungsnehmer

Krankenversicherung _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Bitte beantworten Sie uns die folgenden allgemeinmedizinischen Fragen. So können wir individuell auf Ihr Kind eingehen:

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuchs?

War Ihr Kind bereits einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Besteht eine Zahnarztangst? ja nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder benutzt es einen Schnuller? ja nein

Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? ja nein

Allgemeine Fragen

Isst Ihr Kind gerne Süßes? ja nein

Wenn ja, wie oft?

- einmal pro Tag
- mehrmals täglich
- selten

Was trinkt Ihr Kind?

- Mineralwasser
- Limonade
- Cola
- Fruchtsäfte
- Milch
- Tee
- Kakao
- Sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

- Obst
- Kuchen
- Süßigkeiten
- belegtes Brot / Brötchen
- Gemüse
- Chips, Salzstangen
- Sonstiges: _____

- bitte wenden -



Wie werden die Zähne geputzt?

- Vom Kind selbst
- Mit Hilfe der Eltern
- Von den Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt? _____

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste

Bekommt Ihr Kind zusätzlich Fluoride?

- fluoridiertes Salz
- Tabletten
- Sonstiges: _____

Fragen zur Allgemeingesundheit Ihres Kindes

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Asthma
- Spastik
- Lungenerkrankung
- Lebererkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Tuberkulose
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Immunschwäche
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Nierenerkrankung
- Bluterkrankung
- Nervenerkrankung
- Geistige Behinderung
- Hatte bzw hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?
- Hat Ihr Kind Allergien?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
- Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Unsere Bitte: Wir planen unsere Termine sorgfältig, um für jedes Kind viel Zeit zu haben und um ihm unnötige Wartezeiten zu ersparen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher, einen Tag vorher abzusagen.