

Liebe Eltern,

wir heißen Sie mit Ihrem Kind in unserer Praxis herzlich willkommen.

Damit wir Ihrem Kind in unserer Praxis eine möglichst angenehme Zahnbehandlung zukommen lassen können und weil wir uns gerne auf Ihr Kind einstellen wollen, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen.

Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Name (Kind): _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Postleitzahl: _____ Ort: _____
 Straße/Nr. : _____
 Telefon: _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Postleitzahl: _____ Ort: _____
 Straße/Nr. : _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 Email: _____

- Gesetzliche Krankenkasse private Zusatzversicherung vorhanden
 Private Krankenkasse _____

Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

- Herzoperationen
 angeborener oder erworbener Herzfehler

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____



Fragen zur Zahngesundheit

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits im Zahnbereich geröntgt? _____

Gab es Zahnunfälle? _____

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie...

Daumenlutschen? ja nein

Lispeln? ja nein

Lippenbeißen? ja nein

Gebrauch eines Schnullers? ja nein

dauerhaft offener Mund? ja nein

dauerhafte Mundatmung? ja nein

Was sollten wir sonst noch wissen?

Es besteht Interesse an...

- unserem Recall per Mail
(halbjährliche Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung)
- individuellen Prophylaxemaßnahmen („Zahnputzschule“)
- Professioneller Zahnreinigung (PZR)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie
- Internetportale, z.B. Google:
- Haben Sie vor dem Besuch unsere Website besucht? ja nein

Erklärung:

Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben meines Kindes. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

