

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bevor wir uns in Ruhe über das zahnmedizinische Anliegen ihres Kindes unterhalten, benötigen wir außer den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dient als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil Tel. \_\_\_\_\_

Krankenkasse

gesetzlich  freiwillig  privat  beihilfeberechtigt  
 Zusatzversicherung

**Hatte / Hat ihr Kind eine der folgenden Krankheiten**

- |                           |   |                 |   |
|---------------------------|---|-----------------|---|
| 1. Asthma                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | TBC             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Zuckererkrankung       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Bluterkrankung         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                 |   |

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente  ja  nein  
wenn ja welche/seit wann \_\_\_\_\_

6. Allergien  ja  nein welche \_\_\_\_\_

7. War Ihr Kind in den letzten 6 Monaten in Asiatischen Ländern?  ja  nein

**Einige Fragen zur Einstellung Ihres Kindes zum Zahnarztbesuch**

1. Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_
2. Was wurde Behandelt? \_\_\_\_\_
3. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnart? \_\_\_\_\_
4. Wenn ja, gab es einen besonderen Grund? \_\_\_\_\_

## Einige Fragen zur Zahngesundheit Ihres Kindes

1. Wie oft werden die Zähne täglich geputzt? \_\_\_\_\_
2. Wie lange werden sie geputzt? \_\_\_\_\_
3. Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind?    o elektrisch    o Handzahnbürste
4. putzt sich Ihr Kind freiwillig die Zähne    o ja    o nein

Der Grund Ihres Besuches ist    o schmerzen    o Beratung    o Vorsorgeuntersuchung

**Bitte beachten Sie:**    Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass die Fahrtüchtigkeit Ihres Kindes u.a mit dem Fahrrad für 4-5 Stunden beeinträchtigt werden kann!!

## Nur noch einige Fragen zum Schutz Ihres Kindes vor Karies und Zahnfleischerkrankung

1. Hat Ihr Kind einen Prophylaxepass?    o ja    o nein
2. Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahnputzschule bekommen?    o ja    o nein
3. Sind bei Ihrem Kind schon einmal die Backenzahnoberflächen versiegelt worden  
o ja    o nein

---

Unterschrift der Erziehungsberechtigten