

Liebe Eltern,

heute kommt ihr Kind zum ersten Mal in unsere Praxis. Wir möchten Sie bitten, folgende Angaben zu Ihren Personalien, zum Gesundheitszustand Ihres Kindes und zu den bisherigen Zahnarztbefunden zu machen. So können wir uns vorab vorbereiten und uns im Sprechzimmer ganz auf Ihr Kind konzentrieren. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir uns Ihnen als Eltern evtl. erst ganz am Ende zuwenden. Dann werden Sie aber auf jeden Fall Zeit haben, alle Ihre Fragen zu stellen!



### Daten des Kindes:

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Daten des Versicherten:

Name/n der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

über wen versichert?: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (wenn abweichend vom Kind): \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung? Ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei wem? Fachrichtung? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind früher Erkrankungen, die Sie für wichtig halten? \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung, oder gibt es sonstige Besonderheiten?

Ja [ ] nein [ ] ggf. welche \_\_\_\_\_

War bzw. ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind normal entwickelt? Ja [ ] nein [ ] Anmerkungen \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien? Ja [ ] nein [ ] ggf. welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja [ ] nein [ ] ggf. welche \_\_\_\_\_

### Fragen zur zahnärztlichen Behandlung:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, sind schon mal Probleme bei vergangenen Behandlungen aufgetreten?

Welche? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

Kooperativ [ ] ängstlich [ ] Behandlungsverweigerung [ ]

### Zahnmedizinisch Anamnese:

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten z. B.(Daumen, Schnuller, Lippe)? Ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? Ja [ ] nein [ ]

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Fluorid? In welcher Form?

Kein Fluorid [ ] Kinderzahnpaste [ ] Speisesalz [ ] Tabletten [ ]

