

Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen und sicheren Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.
Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Erziehungsberechtigte Vater Mutter Sonstige _____
Kosenamen des Kindes _____
Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wenn Ihr Kind nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Standardtarif (1,7fach)
 Zusatzversichert vollversichert Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung _____
Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnfehlstellungsregulierung
 Kariesrisikobestimmung minimal-invasive Behandlung Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnaerztin-mayer.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Ihr Zahnarztbesuch

Erstbesuch? nein ja

Grund des Zahnarztbesuches? _____

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? nein ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? _____

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch

Schmerz Festhalten Spritze Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse, nämlich _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? nein ja

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

Fluoridzufuhr

Werden / wurden D-Fluoretten gegeben? nein ja Von wann bis wann? _____

Zymafluor? nein ja

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____

Wird fluoridierte Mundspülung angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____

Fluoridierung beim Zahnarzt? nein ja

Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt? nein ja

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber | | |

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

Wenn ja angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation / en Sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja Wenn ja, welche? _____

Verlief die Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum? _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja

Hatte es schwere Unfälle? nein ja

War es schon einmal im Krankenhaus? nein ja

War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt? nein ja

Wenn ja, wo und weshalb? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____