



Liebe Kinder, sehr geehrte Eltern,

vielen Dank, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen.

Bevor wir uns in aller Ruhe über die zahnmedizinischen Anliegen und Wünsche von Ihrem Kind unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine medizinisch angemessene und risikoarme Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem persönlichen Gesundheitszustand anzupassen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben gut leserlich in Druckschrift aus - herzlichen Dank!

Ihre Dr. Katrin Meyer-Marcotty & Dr. Florian Büttlinghaus

KONTAKTDATEN DES KINDES

Folgende Angaben dienen zur Erhebung der Stammdaten Ihres Kindes.

m w d

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Wohnort	
Telefon privat	Telefon mobil	

Mein Kind besucht die Kinderkrippe den Kindergarten die Schule

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Folgende Angaben bitte nur ergänzen, falls der Patient nicht der Hauptversicherte ist.

m w d

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort
Telefon privat	Telefon mobil
Telefon geschäftlich	E-Mail

Wer hat das Sorgerecht über Ihr Kind? die Mutter der Vater geteiltes Sorgerecht

ANGABE ZUR KRANKENVERSICHERUNG IHRES KINDES

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Ich habe eine Zusatzversicherung für mein Kind

Privat versichert

Basistarif

Beihilfe

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Durch persönliche Empfehlung von _____

Durch Überweisung von _____

Telefonbuch Internet

Sonstiges: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE BEHANDLUNG UNSERER MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Falls Ihr Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist für die zahnärztliche Behandlung, außer in akuten Schmerzfällen, eine Einverständnis der/des Erziehungsberechtigten notwendig. Bitte füllen Sie folgende notwendige Angaben aus:

Name, Vorname (Erziehungsberechtigte/-r)	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Hatte ihr Kind bereits zahnärztliche Vorbehandlungen oder einen Unfall im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

Karies/Füllungen Kieferorthopädische Behandlung Zahnentfernungen Entfernung von Weisheitszähnen Unfall

Ist ihr Kind entspannt oder eher angespannt? Mein Kind ist entspannt Mein Kind ist angespannt Mein Kind knirscht/presst

Haben ihr Kind ein bestimmtes Anliegen, welches ihr Kind in unsere Praxis führt?

Aktuelles Anliegen: _____

Langfristiges Anliegen: _____

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung für uns zu beachten? Ihr Kind hat ...

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Starke Schmerzempfindlichkeit Starker Würgereiz

Sonstiges: _____

MUNDHYGIENE UND ERNÄHRUNG

Womit werden die Zähne gepflegt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Zahnseide
 fluoridierte Zahncreme fluoridfreie Zahncreme wöchentlich Fluoridierungsgelée

Das Intervall der Zahnpflege ist dreimal täglich zweimal täglich einmal täglich

ZUSATZFRAGEN BITTE NUF FÜR KINDER BIS 7 JAHRE AUSFÜLLEN

Wird ihr Kind noch gestillt? Ja Nein

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? Ja Nein

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten vom Kinderarzt verschrieben? Ja Nein

Verwenden Sie zum Kochen fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund, nuckelt es oder hat es Angewohnheiten wie Knirschen, Pressen, Schnarchen, Bleistift kauen etc.?

Mein Kind atmet durch den Mund Mein Kind nuckelt Mein Kind schnarcht Mein Kind kaut auf dem Bleistift

SPEZIELLE GESUNDHEITSFRAGEN

MEDIKAMENTE

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihrem Kind in letzter Zeit Röntgenbilder der Zähne oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein

Wenn ja, wann und von was?

ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Besteht bei Ihrem Kind eine Allergie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

MEDIZINISCHE ANAMNESE

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befindet sich Ihr Kind aktuell in ärztlicher Ja Nein

Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZ- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hat Ihr Kind einen Herzfehler? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine künstliche Herzklappe? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Herzrhythmusstörungen? Ja Nein

Weitere Angaben:

KNOCHEN- UND MUSKELERKRANKUNGEN

Leidet Ihr Kind unter Rückenbeschwerden? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Muskelerkrankungen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter einer Muskelschwäche? Ja Nein

Weitere Angaben:

ATEMWEGSEKRANKUNGEN

Leidet Ihr Kind unter Asthma? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter einer Schlafapnoe? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine chronische Bronchitis? Ja Nein

Weitere Angaben:

MAGEN- UND DARMERKRANKUNGEN

Leidet Ihr Kind unter Verdauungsstörungen? Ja Nein

NAME DES KINDERARZTES

BLUTERKRANKUNGEN

Hat Ihr Kind häufiges Nasenbluten? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Weitere Angaben:

STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Hat Ihr Kind Diabetes mellitus Typ 1? Ja Nein

Sonstiges?

NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Leidet Ihr Kind unter Epilepsie (Krampfanfällen)? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Lähmungen? Ja Nein

Sonstiges?

AUGENERKRANKUNGEN

Besteht eine starke Einschränkung der Sehkraft? Ja Nein

Sonstiges?

HAUTERKRANKUNGEN

Leiden Ihr Kind unter einer Hauterkrankung? Ja Nein

Wenn ja, unter welcher?

Bestätigung Ihrer Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt