



Zahnärztlicher Gesundheitsbogen

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über die Zähne Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben den Personalien und dem allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr Lachzahnteam!

Patientenanmeldung

Vor- und Nachname Ihres Kindes

Geburtsdatum Ihres Kindes

Adresse des Kindes

Versicherungsnehmer/Rechnungsempfänger

Geburtsdatum des Rechnungsempfängers

Adresse des Rechnungsempfängers

Telefon Festnetz / Mobil

E-Mail

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Versicherungsstatus Ihres Kindes

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Anamnese und Gesundheitsfragen

1. Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten? (Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, etc.)

| |
|--|
| |
|--|

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

| |
|--|
| |
|--|

3. Besteht bei den Eltern des Kindes eine Latex-Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, bei wem welche?

| |
|--|
| |
|--|

4. Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

| |
|--|
| |
|--|

5. Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt:

6. Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

7. Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie sein Verhalten?

Kooperativ Ängstlich, aber die Behandlung war möglich Verweigerung

8. Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt? Mutter Vater Keiner

9. Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan?

Ja Früher, bis zum Lebensmonat Nein

10. Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne?

11. Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne? Alleine Mit Hilfe der Eltern Nur die Eltern

12. Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten?

Kinderzahnpasta ohne Fluorid Kinderzahnpasta mit Fluorid Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

13. Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange? Ja, bis zum Lebensmonat Nein

14. Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

15. Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?

Ja, immer noch Ja, bis zum Lebensmonat Nein

Wenn ja, was war/ist in der Flasche?

16. Wurde Ihr Kind gestillt? Ja, immer noch Ja, bis zum Lebensmonat Nein

17. Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Leitungswasser, Mineralwasser, ungesüßter Tee, aromatisiertes Wasser, Tee gesüßt, Fruchtsaftchorle, Fruchtsaft, Sportgetränk (Isotonische Getränke), Instanttee, Milch, Limonade, Eistee, Kakao, Cola

18. Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? Ungefähr mal am Tag.

19. Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Obst, Gemüse, Kaugummi, Joghurt, belegtes Brot, Brezen, Reiswaffeln, Müsliriegel/Fruchtschnitten, Kekse, Kuchen, Chips, Salzstangen, Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)

20. Sorgerecht: Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

21. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Internet, Bekannte, Kinder- oder Zahnarzt, Branchenbuch/Gelbe Seiten, vorbeigefahren, Geschwister hier, Sonstiges

Möchten Sie per SMS an bestehende Termine erinnert werden? Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift

