

Liebe Eltern

Wir freuen uns, dass wir Sie und Ihr Kind im Hinblick auf die Zahngesundheit unterstützen dürfen. Im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden DSGVO-konform nur für die Behandlung verwendet.

Kind

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Kinderarzt _____

Gesetzlich versichert ja neinprivat versichert ja neinZusatzversicherung ja neinbeihilfeberechtigt ja nein**Erreichbar über**

Name / Vorname _____ E-Mail _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Wenn Ihr Kind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied ist, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hinweise zur Organisation

Bitte teilen Sie uns Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mit. Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid.

In eigener Sache bei Neupatienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

 Internet Empfehlung Telefon-/Branchenbuch Sonstiges _____Möchten Sie von uns an die Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden? ja neinFalls Sie eine Erinnerung wünschen, wie wünschen Sie diese? Post E-Mail Telefon**Warum kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?** Routinekontrolle Karies Verletzungen Erster Zahnarztbesuch Zahnschmerzen Sonstiges: _____**Was liegt Ihnen bei der zahnärztlichen Betreuung Ihres Kindes besonders am Herzen?**

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Leidet Ihr Kind an ...

- Herzerkrankungen ja nein
Wenn ja, welche: _____

- Kopfschmerzen ja nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
- Asthma ja nein
- Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
- Allergien? Wenn ja, welche: ja nein

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

- Infektionskrankheiten ja nein

Wenn ja, welche:

- Hepatitis A/B/C HIV/AIDS
- Tuberkulose Sonstige: _____

- Sonstige: _____

Medikamente

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig
Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche: _____

Röntgenuntersuchung

- Wurde in den letzten 12 Monaten eine
Röntgenuntersuchung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, in welcher Körperregion: _____

Ernährung

- Wie oft nimmt Ihr Kind täglich Zucker zu sich?
(auch Müsliriegel, Joghurt, Bananen, usw.) _____

Was trinkt Ihr Kind? _____

Mundhygiene

- Wann betreibt Ihr Kind Mundhygiene?
 morgens mittags abends
- Putzen Sie nach? ja nein
- Führt Ihr Kind eine Reinigung der
Zahnzwischenräume durch? ja nein
Wenn ja, womit: _____

Benutzt Ihr Kind Fluoridpräparate?

- F-Tabletten
- F-Salz
- F-haltiges Mineralwasser
- F-Kinderzahnpaste
- F-Juniorzahnpaste
- F-Erwachsenenzahnpaste
- F-Gelees
- F-Spüllösungen

Weitere Fragen:

- Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein
- War Ihr Kind beim Kieferorthopäden? ja nein
- War Ihr Kind beim Logopäden? ja nein

Fragen für jüngere Kinder:

- Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?
(Daumen, Schnuller, sonstiges) _____

- Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell
Angst? _____

Hobbies, Lieblingsbuch, Lieblingsspielzeug
oder ähnliches? _____

- Mein Kind geht in:
 den Kindergarten die Schule
 eine andere Einrichtung, nämlich _____

Ort und Datum

Unterschrift

Erziehungsberechtigter

Stuttgart, _____