

Aufnahmebogen für Kinder



Liebe Eltern,
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Kind/Patient weiblich männlich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Dat.: _____ Alter: _____

Straße : _____ PLZ/Ort: _____

Mutter

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Vater

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Ggf. abweichende Adresse angeben: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Tel. dienstl. _____ E-Mail-Adresse: _____

Das Kind ist versichert bei: Mutter Vater

Bei welcher Krankenversicherung: _____

gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht

Bestehen bei Ihrem Kind folgenden Erkrankungen?

Erhöhter Blutdruck Ja Nein

zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

wenn ja, welche _____

Herzoperation Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung) Ja Nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis o.a.) Ja Nein

Asthma, Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Magen-, Darmerkrankungen Ja Nein

Rheuma, rheumatisches Fieber Ja Nein

Muskelerkrankung Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Allergien Ja Nein

wenn ja, welche _____

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

Kinderarzt _____

Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? Ja _____ Nein

Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? Ja Nein

Wenn ja, wie lange und woran? Daumen Schnuller Nuckeltuch anderes _____

Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport? (Inliner, Hockey, Rugby o.ä.) Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung? Ja _____ Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

wenn ja, wo? _____

Trinkt Ihr Kind regelmäßig aus einer Nuckel-, Schnabel – oder Sportflasche? Ja Nein

Was trinkt Ihr Kind im Laufe eines Tages? _____

Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel? 1x tgl. 2x tgl. öfter

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern
 nur von den Eltern

Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück
 nach dem Mittagessen sofort nach dem Abendessen
 erst vor dem zu Bett gehen

Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Zahnseide

Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta ohne Flourid Kinderzahnpasta mit Flourid
 Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Flouridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben Ja Nein

Werden Flourid-Gele wie Elmex Gelee benutzt? Ja Nein

Benutzen Sie zu Hause flouridiertes Speisesalz? Ja Nein

Die Welt Ihres Kindes....

Lieblingsessen Ihres Kindes? _____

Lieblingstier Ihres Kindes? _____

Lieblingsbeschäftigung _____

Besucht Ihr Kind Krippe Kindergarten Schule welche Klasse _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt Ja Nein

Fragen an die Eltern (Mutter Vater)

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? Ja Nein

Neigen Sie zu Zahnstein? Ja Nein

Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? Ja Nein

Sind Sie mit Ihren eigenen Zähnen zufrieden? Ja Nein

Grund des heutigen Besuches? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____

andere Quellen _____

Datum _____ Unterschrift _____

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Kommen Sie deshalb bitte pünktlich zu Ihren Terminen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie – **mindestens einen Tag vorher** – abzusagen.