



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben, die wir in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes  Vorname des Kindes  Geburtsdatum

Straße  PLZ  Wohnort

versichert über:  Vater  Mutter

Name  Vorname  Geburtsdatum

Telefon privat  Telefon mobil  Telefon geschäftlich  E-Mail-Adresse

Krankenkasse  Beruf  Arbeitgeber

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja /  nein Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja /  nein

Wer hat Sie an uns überwiesen/ empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bei welchem Kinderarzt ist Ihr Kind in Behandlung?

Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen durchgemacht oder hat es noch (z.B. Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Nieren, etc.)?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?

Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Nesselfieber, Hautausschläge Asthma)?

Ist Ihr Kind hyperaktiv oder liegt ein ADS o.ä. vor?  ja /  nein

Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden?  ja /  nein

Wenn nein, was möchten Sie verändert haben?

Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen etc.)

Bitte wenden!

Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet?  ja /  nein

Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch?  ja /  nein

Wenn ja, wie lange und woran (Daumen, Schnuller, ..)

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt, bzw. hat es die Nuckelflasche bekommen?

Trinkt Ihr Kind noch aus Nuckelflaschen, Trinklernbechern (Schnabeltassen) oder Sportflaschen?

Wenn ja, wie oft, wie lange und was?

Wie häufig putzt sich Ihr Kind die Zähne? Womit? Putzt Ihr Kind allein?

Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form?  ja /  nein

Zahnpasta       Tabletten       Gele       Salz       Mineralwasser

Möchten Sie, dass wir Sie an die Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern?  ja /  nein

• per SMS (Bitte geben Sie Ihre Handynummer an!)  ja /  nein

---

### Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zu Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

Kosenamen Ihres Kindes

Geht Ihr Kind in :  Kindergarten      oder       Schule

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  ja /  nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?  ja /  nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat es dort gemacht?

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt?  ja /  nein

Die Welt Ihres Kindes:

Liebblings-Beschäftigung

Liebblings-Eis

Liebblings-Tier

Liebblings-Kuscheltier

Liebblings-Buch

Hobby(s)

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift