

Liebe Eltern,

Herzlich willkommen im **Milchzahnland**. Wir sind immer bemüht, Ihrem Kind die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Damit Ihr Kind sich bei uns wohlfühlt und wir die besten Voraussetzungen für eine angenehme Behandlung schaffen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Die Fragen sind sehr umfangreich, gewährleisten jedoch eine gute Basis für die zukünftigen zahnärztlichen Behandlungen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden streng vertraulich behandelt und dienen nur der zahnärztlichen Behandlung in dieser Praxis.



Überweisung von:

- Hauszahnarzt
- selbst ausgesucht

- Kinderarzt
- Sonstiges _____

Kontaktinformationen Kind:

Name:	Vorname:
Geburtstag:	Geburtsort:
PLZ:	Ort:
Straße/Nr.:	Tel.:

Name und Adresse Kinderarzt:

Angabe zur Krankenkasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse _____ | <input type="checkbox"/> zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse _____ | <input type="checkbox"/> vollversichert |
| <input type="checkbox"/> Standardtarif (1,7fach) _____ | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

Was trifft zu?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern leben zusammen | <input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt | |
| <input type="checkbox"/> Sorgerecht bei beiden | <input type="checkbox"/> Sorgerecht bei der Mutter | <input type="checkbox"/> Sorgerecht beim Vater |

Ihr Kind geht in

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> die Krippe | <input type="checkbox"/> den Kindergarten | <input type="checkbox"/> die Schule |
| <input type="checkbox"/> eine andere Einrichtung: _____ | | |

Kontaktinformation begleitender Elternteil

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Tel. privat:	Tel. mobil:
Tel. geschäftlich:	E-Mail:
Beruf:	
Arbeitgeber:	

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu? (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, wenn ja: <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens Nein Ja

Angeborene oder erworbene Herzfehler Nein Ja

Herzoperationen Nein Ja

Bestehen sonstige Erkrankungen Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? Nein Ja, wenn ja, worauf? _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? Nein Ja

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

Nein Ja, wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein Ja, wenn ja, warum? _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nein Ja, wenn ja, warum? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind? Nein Ja

Hat Ihr Kind Probleme bei der Sprachentwicklung?

Nein Ja, wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft /Geburt/Säuglingszeit:

Verlief die Schwangerschaft normal?

Ja Nein, wenn nein, warum? _____

Verlief die Geburt normal? Ja Nein Sectio (Kaiserschnitt)

Wenn nein, warum? _____

War Ihr Kind eine Frühgeburt? Nein Ja, wenn ja, welche Woche? _____

Gewicht des Kindes bei Geburt _____

Wie wurde Ihr Kind als Säugling ernährt? Stillen Flasche

Gab es Probleme beim Stillen oder beim Fläschchen geben?

Nein Ja, wenn ja, welche? _____

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Hat Ihr Kind einen Schnuller genommen? Nein Ja

Fluoridzufuhr:

Bezeichnung	Ja (Bitte „von-bis“ angeben)	Wie oft?	Nein
D-Fluoretten	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
Zymafluor	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
Fluorid-Gelee (z.B. Elmex Gelee)	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
Wird fluoridiertes Speisesalz zum Kochen verwendet?	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
Fluoridhaltige Zahnpasta	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
Fluoridierte Mundspülung	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>

Zahnpflege:

Die Zähne werden geputzt:

vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern 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?

- Hand-Zahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche Zahnseide
 Zahnhölzchen Zahnzwischenraumbürstchen

Name der Zahnpasta _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

- Coca Cola Wasser Limonade Beuteltee
 Körnigen Kindertee Kakao Milch Mineralwasser
 Eistee Wasser „mit Geschmack“
 Sonstige Getränke _____

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit?

- Kuchen Süßigkeiten Chips, Salzstangen Obst
 belegtes Brot Mais-/Reiswaffeln Gemüse
 Sonstiges _____

Lieblingsbeschäftigung Ihres Kindes: _____

Lieblingsessen Ihres Kindes: _____

Lieblingskuscheltier: _____ Lieblingspuppe: _____

Krankengeschichte/Anamnese der Eltern		
	Vater	Mutter
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, welche? _____
Karies	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnstein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu:		
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

- Internet Printmedien auf Empfehlung von _____

Wir bitten darum, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, die geplante Behandlung gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Datum _____

Unterschrift _____