

## Fragebogen Kindersprechstunde

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben:

Vor - & Nachname des Patienten : \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vor - & Nachname des Hauptversicherten/  
Erziehungsberechtigten : \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

eventuelle Zweitanschrift : \_\_\_\_\_

Telefon/ Geschäft : \_\_\_\_\_

Handynummer : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_ Priv. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Private Versicherung : \_\_\_\_\_ Beihilfeversichert: ja \_\_\_/ nein \_\_\_

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir die nachfolgenden Fragen zunächst schriftlich an Sie stellen. Keinesfalls soll der Fragebogen aber an die Stelle eines persönlichen Gespräches treten! Wenn Sie Fragen haben, fragen Sie! Falls Sie etwas nicht vor Ihrem Kind besprechen möchten, geben Sie uns Bescheid oder machen Sie zunächst einen Termin ohne ihr Kind aus. Für uns ist es wichtig, dass wir keine „Fremden“ behandeln.

### I. Anlass und Familienanamnese

- Welches Anliegen führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen der Mutter während der Schwangerschaft?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### II. Spezielle Fragen bezüglich der zahnärztlichen Behandlung Ihres Kindes

- Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt? Wenn ja, wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_
- Wurden damals Röntgenaufnahmen angefertigt? \_\_\_\_\_
- Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?  
 kooperativ       ängstlich, Behandlung war aber möglich       Behandlungsverweigerung
- Bei welchen Zahnärzten war ihr Kind bereits in Behandlung? \_\_\_\_\_
- Gibt es "Schlüsselreize" für Ihr Kind während den Zahnarztbehandlungen (z.B. gezielte Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (wie z.B. Würgereiz) vor? ggf. Welche?  
 \_\_\_\_\_

### III. Anamnese der Eltern

- Sind bei den Eltern Allergien bekannt? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Neigt einer der Eltern zu:       Karies       Zahnstein       Zahnfleischbluten       Zahnarztangst

## Fragebogen Kindersprechstunde

### IV. Fragen zur allgemeinen Gesundheit Ihres Kindes

- Wer ist der behandelnde Kinderarzt? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung?  
Falls ja, bitte geben Sie Name (Anschrift) und Fachrichtung des Arztes an! \_\_\_\_\_
- Hatte Ihr Kind frühere Erkrankungen, die Sie für wichtig halten? ggf. welche? \_\_\_\_\_
- Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu? Bitte ankreuzen.
 

<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, z.B. Asthma, COPD	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Spastik / Epilepsie	<input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis etc.)
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Tumorleiden/ Leukämie
<input type="checkbox"/> Verzögerung/ geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung (ADHS)
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes (Blutarmut, etc.)	<input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Latex, Penicillin)
- Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? Ggf. Welche? \_\_\_\_\_
- Wann war ggf. der/die letzte Krampfanfall, Asthmaanfall, Operation, sonstiges, wichtiges Ereignis? (Bitte genaue Bezeichnung was und wann!)  
\_\_\_\_\_
- War bzw. ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? \_\_\_\_\_

### V. Fragen zur Zahnpflege

- Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit dem Zähneputzen begonnen haben? \_\_\_\_\_
- Welche Zahnbürste/ Zahnpflege benutzen Sie bei Ihrem Kind?
 

Handzahnbürste	<input type="checkbox"/>
elektrische Zahnbürste, ab welchem Alter?	<input type="checkbox"/> _____
Munddusche	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnpasta wird verwendet?	<input type="checkbox"/> _____
Zahnseide	<input type="checkbox"/>
Mundspüllösung, wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> _____
Zahnzwischenraumbürstchen	<input type="checkbox"/>
Zahnhölzchen	<input type="checkbox"/>
Fluorid-Gelee (z.B. Elmex Gelee)	<input type="checkbox"/>
- Wie oft werden die Zähne täglich geputzt?  1x  2x  3x und öfter
- Putzt Ihr Kind selbstständig die Zähne?  ja  nein

### VI. Spezielle Fragen zu Ihrer häuslichen Situation

- Wurden (werden) Ihrem Kind Fluoridtabletten verabreicht? ggf. von wann bis wann? \_\_\_\_\_
- Nimmt ihr Kind vermehrt fluoridiertes Speisesalz zu sich?  ja  nein
- Hat Ihr Kind einen Schnuller genommen? Bis wann oder nimmt Ihr Kind ihn ggf. noch? \_\_\_\_\_

## Fragebogen Kindersprechstunde

### VII. Ernährung bei Kindern

- Was trinkt ihr Kind hauptsächlich?  Zuckerhaltige Getränke  Wasser  Fruchtsäfte
- Wie viele Mahlzeiten gibt es am Tag?  1  2  3  vermehrt Zwischenmahlzeiten
- Wie ernährt sich ihr Kind?  Obst/ Gemüse  vorwiegendzuckerhaltige Nahrungsmittel  
 vegan  vegetarisch  Vollwertkost
- Sonstige Erläuterungen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sie werden automatisch in unser Recall -System aufgenommen.

*Wir möchten Sie über die Neuigkeiten unserer Praxis informieren*

- Bitte Informieren Sie mich über die Neuigkeiten der Kinderzahnarztpraxis **kidspro dent**.
- Schicken Sie mir/uns keine weiteren Infos.

Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig, mind. 24 Stunden vorher absagen, können wir Ihnen den entstandenen Honorarausfall (70 Euro pro vereinbarte halbe Stunde) in Rechnung stellen

Datum

Unterschrift(Erziehungsberechtigte)

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)