



# Kinder 0-6 Jahre Patientenfragebogen

Liebe Eltern,

**Herzlich Willkommen** in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 3 **vollständig** ausfüllen.

Patient			Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen.		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	Geschlecht :	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
Name			Name		
Vorname			Vorname		
Straße/ Hausnummer			Straße/ Hausnummer		
PLZ/ Wohnort			PLZ/ Wohnort		
Geburtsdatum			Geburtsdatum		
Telefon			Telefon		
Mobil			Beruf		
Email			Arbeitgeber		
Erziehungsberechtigte(r) Name	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> beide Elternteile		
Name der Krankenversicherung/ des Kostenträgers					
<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> nicht versichert	
<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> privat zusatzversichert		<input type="checkbox"/> Zuschussberechtigt (Sozialamt/Versorgungsamt)	
<input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt					
Kinderarzt Name			Hausarzt Name		
Telefon			Telefon		
<input type="checkbox"/> Ich wünsche, dass Sie mein Kind in das Recall-System aufnehmen. Bitte erinnern Sie mich an den Kontrolltermin per <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> SMS (noch nicht verfügbar)			Hat der Patient das <b>18. Lebensjahr noch nicht vollendet</b> , ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig! Mit dieser erklären Sie sich bereit, dass für die Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis bei Bedarf eine örtliche Betäubung durchgeführt und bei medizinischer Indikation Röntgenbilder angefertigt werden können.		
Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. <b>Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.</b>			Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>		



## Kinder 0-6 Jahre Patientenfragebogen

Herz-Kreislauf Erkrankungen		Medikamente
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Amoxicillin <input type="checkbox"/> Clindamycin <input type="checkbox"/> Dosis

Infektionserkrankungen		Medikamente
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Immunerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?	

Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?
Allergiepass	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte zum 1. Termin mitbringen)

Weitere Erkrankungen		Medikamente
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / weshalb?	
Bluterkrankungen (Thalassämie, Leukämie etc)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welches? <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> allergisch	
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ welche?	

Allgemeine Angaben		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche
Frühere Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche/ wann?
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-, Kieferbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Was ist der Grund des heutigen Besuches?		
Hatte Ihr Kind schon mal Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hat Ihr Kind positive Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Putz-/ Essgewohnheiten		
Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> nur Eltern	<input type="checkbox"/> nur Kind <input type="checkbox"/> Kind putzt vor, Eltern nach
Wie oft werden die Zähne geputzt?	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> 1x täglich <input type="checkbox"/> 2-3x täglich
Womit werden die Zähne gereinigt?	<input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste	<input type="checkbox"/> Kinderzahnpaste <input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpaste
Geben Sie Fluoridtabletten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hat/hatte Ihr Kind folgende Angewohnheiten?	<input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Daumenlutschen	<input type="checkbox"/> Lispeln <input type="checkbox"/> Mundatmer
Was trinkt Ihr Kind überwiegend im		



## Kinder 0-6 Jahre Patientenfragebogen

Tagesverlauf?	
Woraus trinkt Ihr Kind überwiegend?	
Was isst Ihr Kind überwiegend zwischen den Hauptmahlzeiten?	
Hat Ihr Kind einen Spitznamen, welchen?	
Wie heißt das Lieblingsspielzeug/ Kuscheltier?	
Was macht Ihr Kind gerne?	

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
<input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe von 3.-6.Lebensjahr <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe vom 6.-18.Lebensjahr <input type="checkbox"/> Fissurenversiegelung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____	<input type="checkbox"/> durch Empfehlung <input type="checkbox"/> durch Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

**Bitte beachten Sie die folgenden Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen-danke!**

### Vor dem Praxisbesuch

- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc. - BEIM Kind kommt nur an: „Es tut weh!“
- Versprechen Sie keine Belohnung oder

(Geschenke)! Der psychische Druck auf Ihr Kind wird dadurch verstärkt.

- Stellen Sie Ihre eigene Zahnarzt Erfahrungen nur positiv dar! Falls Ihnen positive Erfahrungen fehlen, schweigen Sie lieber.

### Während des Praxisbesuches

- Lassen Sie Ihr Kind antworten! Ihr Kind soll im Mittelpunkt stehen.
- Loben Sie Ihr Kind nach der Behandlung! Das Selbstvertrauen wird

gestärkt und Ihr Kind ist motiviert.

- Überlassen Sie uns bitte die Führung Ihres Kindes! So gelingt es Ihrem Kind und dem Behandler, sich ganz aufeinander einzustellen. Kinder können nicht gleichzeitig auf zwei Erwachsene hören.

**Fazit: eine Behandlung ist erfolgreicher, wenn die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Zahnärztin gut funktioniert.**

### Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen des Gesundheitszustandes meines Kindes zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**Wir möchten darauf hinweisen, dass Ihr Kind nach der Behandlung nicht Essen und Trinken sollte, so lange die Betäubung noch wirkt, um mögliche Bissverletzungen zu vermeiden.**

Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten
X

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen, dass Sie und Ihr Kind sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam