

Liebe Eltern,  
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Mein Kind geht in  den Kindergarten  die Schule  eine andere Einrichtung, nämlich \_\_\_\_\_

### Wer ist Versicherter?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** Name \_\_\_\_\_

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Basistarif (2,0 fach) |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversichert         | <input type="checkbox"/> vollversichert       | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

**Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden?**  ja  nein

Wenn ja, dann ...  telefonisch  per E-Mail

### Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> individuelles Prophylaxeprogramm | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung |
| <input type="checkbox"/> Kariesrisikobestimmung       | <input type="checkbox"/> Mundhygieneartikel               | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

**Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.cm-kiel.de](http://www.cm-kiel.de)?**  nein  ja

Wenn ja, welche für Sie wichtigen Informationen haben Sie gefunden?

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

### Ihr Zahnarztbesuch

Grund des Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?  nein  ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch

Schmerz  Festhalten  Spritze  Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse, nämlich \_\_\_\_\_

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  nein  ja

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?  nein  ja

### Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu ... Vater Mutter

Karies?  nein  ja  nein  ja

Zahnstein?  nein  ja  nein  ja

Zahnfleischbluten?  nein  ja  nein  ja

Zahnarztangst?  nein  ja  nein  ja

### 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  vorm Schlafen gehen

Womit werden die Zähne gereinigt?  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste  Munddusche

Zahnseide  Zahnholzchen  Zahnzwischenraumbürstchen

Zahnpasta: Name: \_\_\_\_\_  mit Fluorid  ohne Fluorid

### Fluoridzufuhr

Werden / wurden Fluoridtabletten gegeben?  nein  ja Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?  nein  ja Wann, wie oft? \_\_\_\_\_

Wird fluoridierte Mundspülung angewendet?  nein  ja Wann, wie oft? \_\_\_\_\_

Fluoridierung beim Zahnarzt?  nein  ja

Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt?  nein  ja

### Essgewohnheiten des Kindes:

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?  nein  ja Wenn ja, wie oft?  selten  1x pro Tag  mehrmals täglich

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Mahlzeiten ein?  nein  ja

Wenn ja, welche?  Frühstück  Mittagessen  Abendessen

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?  (Mineral-) Wasser  Limonade, gezuckert  Milch  Kakao

Fruchtsäfte  Cola  Tee gesüßt  Tee ungesüßt

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_ Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? \_\_\_\_\_  
Trinkt Ihr Kind immer noch aus der Flasche?  nein  ja Trinkt Ihr Kind aus dem Becher?  nein  ja  
Was?  Wasser  Limonade  Fruchtsäfte  Tee gesüßt  Tee ungesüßt  
 Fruchtetee gesüßt  Fruchtetee ungesüßt  Milch  Kakao

### Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma  Zuckerkrankheit  Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  Hörstörungen  
 Spastik  Schilddrüsenerkrankung  Nierenerkrankung  Lungenerkrankung  
 Tuberkulose  Erkrankungen des Blutes  Lebererkrankungen / Gelbsucht  Immunschwäche (HIV)  
 Nervenerkrankungen  Magen-Darm-Erkrankung  Rheuma / rheumatisches Fieber  Erbkrankheit  
 Lernbehinderung  körperliche Behinderung  geistige Verzögerung  geistige Behinderung  
 sonstige Stoffwechselerkrankungen? \_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  nein  ja  
Wenn ja  angeborener oder erworbener Herzfehler  Herzoperation / en  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  nein  ja  
Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?  nein  ja  
Wenn ja, welches Organ? \_\_\_\_\_

Hatte es schwere Unfälle?  nein  ja

War es schon einmal im Krankenhaus?  nein  ja

War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt?  nein  ja  
Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  nein  ja

**Brauchte Ihr Kind Nuckel oder Daumen?**  nein  ja  
Wenn ja, bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

**Kieferorthopädische Behandlung?**  nein  ja  beendet  laufend  
 herausnehmbar  festsitzend

### Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja

Hausarzt \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_