

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Eltern,

bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu dem Gesundheitszustand und den Gewohnheiten Ihres Kindes ist für dessen Behandlung für uns von entscheidender Bedeutung.

Bitte teilen Sie uns mögliche Änderungen vor jeder Behandlung mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße / Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
über wen versichert: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße / Haus.- Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## Spezielle Anamnese

Allergien? ja ( ) nein ( )  
Wenn ja, welche?

---

Allergiepass? ja ( ) nein ( )  
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche ? ja ( ) nein ( )

---

Wer ist Ihr Kinderarzt? \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

Wird Ihr Kind zur Zeit behandelt? ja ( ) nein ( )

---

Grund der Erkrankungen:

---

Hat Ihr Kind Einschränkungen  
der Sehkraft / des Gehörs? ja ( ) nein ( )  
Wenn ja, welche?

---

Herzerkrankung / Herzfehler	ja ( )	nein ( )
Diabetes	ja ( )	nein ( )
ADHS / ADS	ja ( )	nein ( )
Nierenerkrankung	ja ( )	nein ( )
Gelbsucht	ja ( )	nein ( )
Angstzustände	ja ( )	nein ( )
Lunge / Asthma	ja ( )	nein ( )
Blutgerinnungsstörung	ja ( )	nein ( )

Bitte wenden.....

## Ernährung / Essgewohnheiten

	mehrmals täglich	wöchentlich	seltener
Obst	( )	( )	( )
Fast Food	( )	( )	( )
Fruchtsäfte	( )	( )	( )
Limonaden	( )	( )	( )
Mineralwasser	( )	( )	( )
Tee gesüßt	( )	( )	( )
Tee ungesüßt	( )	( )	( )
Trinkart	Flasche ( )	Becher ( )	
Gute Nachtgetränke wenn ja, welche?	ja ( )	nein ( )	

---

## Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind spezielle „Lutschgewohnheiten“? ja ( ) nein ( )  
Wenn ja, welche ( z.B. Finger, Lippen, Gegenstände?)

---

Schnuller	ja ( )	nein ( )
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?	ja ( )	nein ( )
Handzahnbürste	ja ( )	nein ( )
Elektrische Zahnbürste	ja ( )	nein ( )
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?	_____	
Ist Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung?	ja ( )	nein ( )
Wenn ja, bei wem?		

---

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja ( ) nein ( )  
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

---

## Wünsche

Welche speziellen Wünsche haben Sie für die Behandlung Ihres Kindes?

---

---

## Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt	ja ( )	nein ( )
Hat Ihr Kind überdurchschnittliche große Angst vor dem Zahnarzt?	ja ( )	nein ( )
Kinder sollten sich 2x jährlich beim Zahnarzt vorstellen. Dürfen wir Sie halbjährlich telefonisch an diese Vorsorgeuntersuchungen erinnern?	ja ( )	nein ( )

Wir streben für Ihr Kind eine möglichst optimale Gebissentwicklung an. Dazu gehören eventuelle Überweisungen an die Logopädie oder Kieferorthopädie.

**Wir benötigen die Versichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.**

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