



## Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie uns die Mundgesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Wie bei unseren erwachsenen Patienten benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Kind:

### Kind

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Versicherungsnehmer

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie uns die folgenden allgemeinmedizinischen Fragen. So können wir individuell auf Ihr Kind eingehen:

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuchs?

\_\_\_\_\_

War Ihr Kind bereits einmal in zahnärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder benutzt es einen Schnuller?  ja  nein

Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund?  ja  nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

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

### Allgemeine Fragen

Isst Ihr Kind gerne Süßes?

ja  nein

Wenn ja, wie oft?

- einmal pro Tag
- mehrmals täglich
- selten

Was trinkt Ihr Kind?

- Mineralwasser
- Limonade
- Cola
- Fruchtsäfte
- Milch
- Tee
- Kakao
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

- Obst
- Kuchen
- Süßigkeiten
- belegtes Brot / Brötchen
- Gemüse
- Chips, Salzstangen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

- bitte wenden -



## Wie werden die Zähne geputzt?

- Vom Kind selbst
- Mit Hilfe der Eltern
- Von den Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_

## Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste

## Bekommt Ihr Kind zusätzlich Fluoride?

- fluoridiertes Salz
- Tabletten
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Allgemeingesundheit Ihres Kindes

### Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Asthma
- Spastik
- Lungenerkrankung
- Lebererkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Tuberkulose
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Immunschwäche
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Nierenerkrankung
- Bluterkrankung
- Nervenerkrankung
- Geistige Behinderung
- Hatte bzw hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?
- Hat Ihr Kind Allergien?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Unsere Bitte:** Wir planen unsere Termine sorgfältig, um für jedes Kind viel Zeit zu haben und um ihm unnötige Wartezeiten zu ersparen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher, einen Tag vorher abzusagen.