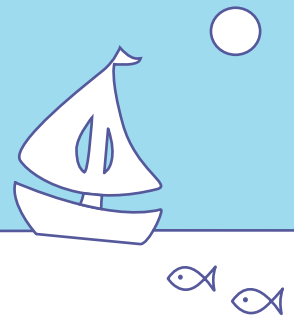


AUFNAHMEBOGEN



Liebe Eltern,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Kind / Patient weiblich männlich

Name Vorname Geburtsdatum Alter

PLZ/Ort Straße Schulklasse

Krankenkasse Gesetzl. Krankenkasse Privat

Beihilfe

Mutter: Name Vorname Geburtsdatum

Vater: Name Vorname Geburtsdatum

e-mail Telefon priv. mobil

Tel. dienstl. Abweichende Adresse angeben:

Das Kind ist versichert bei: Mutter **Vater**

Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht Name:

Mit welchem Anliegen kommen Sie heute zu uns? Erstkontrolle Schmerzen Sonstiges

Wann war Ihr Kind zuletzt beim Zahnarzt? Name:

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? Ja Nein Nimmt Ihr Kind Schmerzmittel? Ja Nein

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Freunde Telefonbuch Sonstiges

Dürfen wir Sie zwecks Terminvereinbarung anschreiben? Ja Nein

Name des Kinderarztes:

Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?

Erhöhter Blutdruck Ja Nein Verminderter Blutdruck

Allergien/Allergiepass (z.B. Nuss, Jod, Sojamilch) Ja Nein

Wenn „Ja“, welche

Herzerkrankung Ja Nein Sehprobleme Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein Hörprobleme (Trommelfellröhrchen) Ja Nein

Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung) Ja Nein Asthma, Lungenerkrankung Ja Nein

Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, o.a.) Ja Nein Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Fehlen Ihrem Kind Impfungen? Ja Nein Lebererkrankung Ja Nein

welche: Nierenerkrankung Ja Nein

Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein Magen-, Darmerkrankung Ja Nein

welche: Rheuma, rheumatisches Fieber Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein Muskelerkrankung Ja Nein

welche: Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

..... Lernschwäche/Geistige Behinderung Ja Nein

Befindet sich Ihr Kind in ärztl. Behandlung? Ja Nein
warum:

Wann wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? welches Organ?

Gab es bei der Geburt Ihres Kindes Schwierigkeiten? (Frühgeburt, Zangengeburt, Kaiserschnitt, ...) Ja Nein

Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? Ja Nein

Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? (Wie lange und woran? z.B. Daumen, Schnuller...) Ja Nein

Was trinkt Ihr Kind im Alltag

Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel- oder Sportflasche? Ja Nein

Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form? (Salz, Zahnpasta, Fluoretten...) Ja Nein

Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet? Ja Nein

Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes zufrieden? (Wenn nein, was möchten Sie ändern?) Ja Nein

Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport? (Inliner, Hockey, Rugby) Ja Nein

Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? (Wenn ja, wo genau und wobei?) Ja Nein

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Ja Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Ja Nein

Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel? 1x tgl. 2x tgl. 3x tgl. öfter

Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne? 1x tgl. 2x tgl. 3x tgl. öfter

Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht?

Die Welt Ihres Kindes ...

Kosename Ihres Kindes: Lieblings-Tier:

Liebings-Beschäftigung: Lieblings-Essen:

Liebings-Kuscheltier/Puppe: Lieblings-Sport:

Elternfragen (Mutter Vater)

Haben Sie selbst Angst vorm Zahnarztbesuch? Ja Nein Neigen Sie zu Zahnstein? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? Ja Nein

Sind Sie mit Ihren eigenen Zähnen zufrieden? Ja Nein Besteht eine Medikamenten-
Neigen Sie zu Karies? Ja Nein unverträglichkeit? Ja Nein

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir gegebenenfalls nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnen können. (80 EUR/Std § 615.611 BGB)

Datum Unterschrift