



**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand Ihres Kindes so genau wie möglich:**

**Ja / Nein**

- Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? (Impfpass vorhanden?)
- Leidet Ihr Kind unter Allergien? (Allergiepass vorhanden?)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche?  Penicillin  Schmerzmittel  andere (Latex, Jod)

**Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?**

**Ja / Nein**

- Erkrankungen des Herzen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen/ Asthma?
- Infektionserkrankungen?
  - HIV  Hepatitis  A  B  C  Tuberkulose
  - andere Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_
- Kreislaufbeschwerden /Ohnmachtsneigung?
- Blutgerinnungsstörung?
- Bluten Ihr Kind nach Verletzungen lange oder bekommt es schnell blaue Flecken?
- Diabetes mellitus?
- Schilddrüsenerkrankung?
- epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?
- Nierenerkrankungen?
- Lebererkrankungen?
- geistige Behinderung oder körperliche Behinderung?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sprachprobleme?
- Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  
- Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

---

Name Kinderarzt

Adresse/Telefon

## Zahnärztliche Behandlung:

Was ist der Grund Ihres Besuches?

---

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

---

### Ja / Nein

- Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?
- Ist heute der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind?
- Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?
- Hat Ihr Kind bereits schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Lutscht Ihr Kind oder hat gelutscht (Daumen, Nuckel etc.)?  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_
- Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?
- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund -Kiefer-Gesichtsbereich?  
Wenn ja, was? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze beim Zahnarzt erhalten?
- Wurde schon einmal eine zahnärztliche Behandlung in Vollnarkose durchgeführt?
- Wurden schon einmal Röntgenbilder beim Zahnarztbesuch angefertigt?  
Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

---

Name Kieferorthopäde

Adresse/Telefon

## Zahnpflege:

### Die Zähne des Kindes werden geputzt:

- vom Kind selbst
- von Eltern und Kind
- von den Eltern
- morgens
- mittags
- abends
- vor den Mahlzeiten
- nach den Mahlzeiten
- mit einer Handzahnbürste
- mit einer elektrischen Zahnbürste

### Verwendung von:

- Zahnseide
- Zahnzwischenraumbürstchen
- Mundspüllösung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Welche Zahnpasta wird verwendet?

- Kinderzahnpasta ohne Fluorid
- Kinderzahnpasta mit Fluorid
- Juniorzahnpasta
- Erwachsenenzahnpasta

### Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form?

- D-Fluoretten: Seit wann/wie lange? \_\_\_\_\_
- Fluorid-Gel(z.B. Elmex Gelee): Wie oft? \_\_\_\_\_
- Verwendung von fluoridiertem Speisesalz
- Sonstiges (z.B. Mineralwasser)

### In eigener Sache

#### Besteht Interesse an

- Ernährungsberatung
- Zahnputzschule
- individuellen Prophylaxemaßnahmen (Zahnreinigung)?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung der angegebenen Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, das Praxispersonal über eventuell auftretende Erkrankungen/Einnahme von Medikamenten, die sich während der Behandlungszeit ergeben, zu informieren.

### Wichtige Information:

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter