



## KINDER PROPHYLAXEFRAGEBOGEN

Liebe Eltern,

wir heißen Sie mit ihrem Kind in unserer Praxis herzlich willkommen. Damit wir ihrem Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung zukommen lassen können und, weil wir uns gerne auf Ihr Kind einstellen wollen, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Daher bitten wir Sie diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und uns eventuelle Änderungen des Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung mitzuteilen. Selbstverständlich werden ihre Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

### PATIENT

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel, Handy
Email	Kinderarzt	Kieferorthopäde
Versichert über	2 ter Erziehungsberechtigter	
Adresse falls abweichend		

### ALLGEMEIN

Was ist der Grund des Besuchs? \_\_\_\_\_

Welche Einstellung hat ihr Kind zum Zahnarzt?  
 positiv     neutral     ängstlich     schlechte Erfahrung und wenn ja welche  
 erster Zahnarztbesuch \_\_\_\_\_

Hadte ihr Kind schon mal Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche Hobbies oder Lieblingsbeschäftigung hat ihr Kind? (Kuscheltiere werden gerne mit untersucht!) _____ _____
Atmet ihr Kind hauptsächlich durch den Mund?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Lutscht ihr Kind an	<input type="radio"/> Schnuller <input type="radio"/> Daumen <input type="radio"/> Sauger	

Wurden bei ihrem Kind bereits Röntgenbilder angefertigt? Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

### ERNÄHRUNG & MUNDHYGIENE

Die Zähne werden geputzt     vom Kind selbst     von den Eltern     mit Hilfe der Eltern

Wann werden die Zähne geputzt? <input type="radio"/> vor dem Frühstück <input type="radio"/> nach dem Frühstück <input type="radio"/> nach dem Mittagessen <input type="radio"/> vor dem Zu-Bett-Gehen	Womit werden sie geputzt? <input type="radio"/> Handzahnbürste <input type="radio"/> elektrische Zahnbürste <input type="radio"/> Zahnseide <input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürstchen <input type="radio"/> Kinderzahnpaste <input type="radio"/> Jugendzahnpaste <input type="radio"/> Erwachsenenzahnpaste
--	--

Was trinkt ihr Kind zu den Mahlzeiten? \_\_\_\_\_

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst ihr Kind am Tag und was? \_\_\_\_\_

Trinkt ihr Kind nachts noch Milch und wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

## FLOURIDZUFUHR

Erhält ihr Kind  fluoridierte Zahncreme  Elmex gelee  Fluoretten  Vigantol(etten)

Sind Sie damit einverstanden, dass im Rahmen der Individualprophylaxe bei Ihrem Kind eine lokale Fluoridierung stattfindet?

Ja  Nein

## GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte ankreuzen		bitte zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten	Hepatitis A/B/C, HIV / AIDS, Tuberkulose, Hautkrankheiten, .... _____
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Allgemeine Erkrankungen	Diabetes (Zucker), Magen-Darm-Erkrankungen, Lunge (Asthma) Schilddrüsenfehlfunktion, Herzklappenfehler, Blutgerinnungsstörungen, ... _____
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sonstiges	Bestrahlung, Chemo, Tumor, ADHS, Lernbehinderung, Spastik, geistige Verzögerung, Epilepsie, Depression, Unfälle, ... _____
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Allergien, Arzneimittel-unverträglichkeiten	Latex, Jod, Amalgam, Antibiotika, Anästhetika, ... _____
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nimmt ihr Kind Medikamente ein?	_____
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ist ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	_____

### SORGERECHT

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe
- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt

### ERKLÄRUNG TERMINVERSÄUMNIS

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit 45 Euro pro Viertelstunde in Rechnung stellen müssen.

### DATENSCHUTZ

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die dem Gesundheitsfragebogen beigefügten Informationen und Regelungen zur Nutzung & Erhebung von Daten zur Kenntnis genommen haben und mit diesen einverstanden sind.

Möchten Sie in unser automatisches Wiederbestellsystem aufgenommen werden, um an Ihre Prophylaxe- & Vorsorgetermine erinnert zu werden?  Anruf  Email  SMS

Bamberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_