

# HERZLICH WILLKOMMEN!

**Wichtig:** Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Gemeinsam schließen wir damit den Effekt von möglichen Allgemeinerkrankungen auf die zahnmedizinische Behandlung aus. Außerdem helfen uns Ihre Antworten dabei, im Rahmen der Behandlung die Persönlichkeit Ihres Kindes und seine Bedürfnisse so zu berücksichtigen, dass wir in der Regel „von Anfang an“ eine positive Einstellung zum Zahnarztbesuch erzeugen können.

Sie haben Fragen? Wenden Sie sich jederzeit gerne vertrauensvoll an uns.

**Ihr Team der Praxis Dr. Andrea Ohneseit**



**PRAXIS AM  
SCHLOSSPARK**

ZAHNÄRZTIN  
DR. ANDREA OHNESEIT

## PERSÖNLICHE ANGABEN

### PATIENT/IN (IHR KIND)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### ANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### VERSICHERTE/R

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### KRANKENKASSE:

Gesetzlich versichert

EU versichert

Privat versichert

Zusatzversichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

### WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE MIT IHREM KIND IN UNSERE PRAXIS?

Erster Zahnarztbesuch

Vorsorgeuntersuchung

Beschwerden



### TEILNAHME KARIESVORSORGE

Im Rahmen der Kariesvorsorge empfehlen wir die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Die Art der Fluoridierung richtet sich dabei nach dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes sowie der individuellen Fluoridanamnese.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Kariesvorsorge an kostenfreien Fluoridierungsmaßnahmen teilnimmt.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

### EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG und NUTZUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

### THERAPIEN

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

\_\_\_\_\_  
Kinderarzt (Name/Anschrift/Telefon)

### MEDIKAMENTE

Liegt ein Medikamentenpass vor?

Ja

Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Medikamente?



## ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Antibiotika	Ja	Nein
Schmerzmittel	Ja	Nein
Latex	Ja	Nein

---

Sonstige: Wenn ja, welche?

**Sind alle Impfungen vollständig?** Ja Nein

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

Herzerkrankung/Herzfehler	Nierenerkrankung	Blutgerinnungsstörung
Diabetes	Asthma	Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)
Epileptische Anfälle/Fieberkrämpfe		

## ZAHNGESUNDHEIT

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund- und Gesichtsbereich?	Ja	Nein
Ist / War Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Ist / War Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Ist die Behandlung abgeschlossen?	Ja	Nein

---

Name des Kieferorthopäden

## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Nutzt/e Ihr Kind einen Schnuller oder Daumen zum Lutschen?	Ja	Nein
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	Ja	Nein
Hat Ihr Kind jemals Fluoridtabletten eingenommen?	Ja	Nein

## ZAHNPFLEGE

### Welche Zahnbürste verwendet Ihr Kind?

Handzahnbürste	Elektrische Zahnbürste
----------------	------------------------

### Wann werden die Zähne geputzt?

morgens	mittags	abends
---------	---------	--------



**Mit welcher Zahnpasta?**

Kinderzahncreme  
(500ppm /1000ppm Fluorid)

Kinderzahncreme  
(ohne Fluorid)

Erwachsenenzahncreme  
(1400 ppm Fluorid)

Fluoridgel z.B. Elmex Gelee

Sonstige

**SONSTIGE HILFREICHE INFORMATIONEN, UM IHR KIND OPTIMAL BEHANDELN ZU KÖNNEN**

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgendetwas Angst?

Ja

Nein

Wenn ja, wovor?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

ja

nein

allererster Besuch

weiß ich nicht

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?

ja

nein

ein bisschen

weiß ich nicht

Hat Ihr Kind (negative) Vorerfahrungen gemacht?

beim Arzt

beim Zahnarzt

im Krankenhaus

Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat / hatte?

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Machern, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift