



Patienten-Aufnahmebogen für Kinder bis zum 3. Lebensjahr

Kind: Name.....Vorname.....geb.....

Mutter: Name.....Vorname.....geb.....

Vater: Name.....Vorname.....geb.....

Mitversichert bei: Vater Mutter Krankenkasse:.....

Straße.....PLZ/Ort.....

Telefon.....Handy.....

@Mail.....

(Bitte angeben, wenn Sie mit einer Terminerinnerung per Email einverstanden sind.)

Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe).....Tel.Arbeitsplatz.....

Kinder/Hausarzt.....

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient / die Patientin das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) das Einverständnis der / des Erziehungsberechtigten notwendig:

Um eine gute Diagnostik durchzuführen, sind in einigen Fällen Röntgenaufnahmen notwendig.

Ich bin mit Röntgenaufnahmen, zur erweiternden Diagnostik, bei meinem Kind einverstanden: Ja Nein

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/er).....

Adresse.....

Datum.....Unterschrift.....

Um die Behandlung für Ihr Kind in einigen Fällen angenehmer zu machen, wird manchmal zur Schmerzbeseitigung während der Behandlung eine örtliche Betäubung angewendet. Diese dient der vorübergehenden Desensibilisierung der zu behandelnden Stelle. In der Regel werden ein Oberflächenanästhetikum und ein Lokalanästhetikum angewendet. Nach der Anästhesie kommt die Empfindung im behandelten Bereich erst nach einiger Zeit wieder. Danach sollte zunächst für kurze Zeit aufs Essen verzichtet werden, damit sich Ihr Kind nicht an der betroffenen Stelle beißen kann. Lokalanästhetika sind in den meisten Fällen gut verträglich.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind, wenn es notwendig ist, eine Lokalanästhesie durchgeführt wird:

Datum:Unterschrift:.....

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Patientendaten werden bei uns elektronisch gespeichert. Bitte beachten Sie, dass ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Sie dienen dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen, die den Gesundheitszustand, Adresse und Versicherungsstatus betreffen, mit.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mit mitbehandelnden Ärzten (Kinderärzte, Fachärzte, Narkoseteam) und Zahnärzten (Vorbehandelter, Kieferorthopäden) Kontakt aufnimmt, um Befunde oder Unterlagen sowie Röntgenbilder anzufordern oder zu übermitteln und die Behandlung zu besprechen oder darüber zu informieren

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle (auch zukünftig) in der Praxis behandelnden Zahnärzte und Ärzte in die Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen dürfen.

Ja Nein

Datum.....Unterschrift.....



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder bis zum 3. Lebensjahr

Liebe Eltern, mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die folgenden Zeilen sorgfältig aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

So können wir Ihre Fragen noch besser beantworten! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank,
Ihr Praxisteam

ANAMNESE ALLGEMEIN

Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen?	<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
Gab es Komplikationen während des Geburtsvorganges? Wenn ja, welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an Allergien (Antibiotikaallergie), Asthma oder Heuschnupfen? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutet ihr Kind lange bei Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Infektionserkrankung (Hepatitis/ HIV/ TBC)?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schon mal Krampfanfälle (auch Fieberkrämpfe)?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Liegen bei Ihrem Kind Entwicklungsstörungen vor? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Hörprobleme?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Sehschwäche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihrem Kind eine Lernschwäche vor?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalte			
Hat Ihr Kind Geschwister – wenn ja, wie viele und in welchem Alter? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Welche Sprache versteht Ihr Kind?			



ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn?Monaten

Wie viele Zähne hat Ihr Kind zum jetzigen Zeitpunkt?

Wird ihr Kind noch gestillt? Ja Nein nur noch Nachts

Wenn ja, wie oft stillen Sie Ihr Kind am Tag?

Trinkt Ihr Kind aus der Nuckelflasche? Ja Nein

Wenn ja wie oft und welches Getränk ist in der Flasche?

Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? Ja Nein

Wenn ja, welches Getränk?.....

Aus was trinkt Ihr Kind tagsüber? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz Tasse / Becher ohne Trinkaufsatz
 Glas Nuckelflasche Andere.....

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne? Eltern Kind Eltern und Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt? Gar nicht Gelegentlich 1 x täglich 2-3 x täglich

Wann werden die Zähne geputzt? Morgens Mittags Abends

Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
 Kinderzahnpaste Erwachsen Zahnpaste Fluoridfreie Zahnpaste

Name der Zahnpasta:

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Hat Ihr Kind bzw. bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Welches Mineralwasser trinken Sie? (Marke, wegen Fluoridgehalt)

Welche Getränke bekommt Ihr Kind zurzeit wie häufig? (bitte ankreuzen)

Produkt	Selten	1-3 x wöchentlich	1-2 x täglich	3-6 x täglich	Mehr als 6 x täglich	Nachts
Wasser						
Ungesüßter Tee						
Gesüßter Tee						
Babytee (Granulat)						
Milch						
Kakao- / Erdbeermilch						
Säfte, Limonaden Eistee						
Saftschorlen						
Quetschmus						
Joghurtdrink						

Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Es schnullert / lutscht am Daumen: Nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen



Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? Ja () Nein()

Wenn ja, Wann? Warum?.....

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? () Gut () Schwierig

Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein? () Gut () Mittel () Nicht möglich

Hatte Ihr Kind Unfälle im Mund / Gesichtsbereich: Wann?

Was ist passiert?.....

Wo wurde es versorgt?

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja () Nein()

Welches Anliegen hat Ihren Besuch bei uns veranlasst?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? () Internet () Werbung () Empfehlung () Überweisung

Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über ihr Kind wissen sollten? (z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten).....

.....

.....

Datum:Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:.....