



**Patient:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Kostenträger \_\_\_\_\_

**Versichert über:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte?  Vater  Mutter  Sonstige \_\_\_\_\_  
Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch: \_\_\_\_\_

Bisheriger Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund- / Kieferbereich?  ja  nein

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Asthma               | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit               | <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Hörstörungen         | <input type="radio"/> Spastik                       | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung         |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung     | <input type="radio"/> Lungenerkrankungen            | <input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes        |
| <input type="radio"/> Tuberkulose          | <input type="radio"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="radio"/> Rheuma / rheumatisches Fieber  |
| <input type="radio"/> Nervenerkrankungen   | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung         | <input type="radio"/> Immunschwäche (AIDS)           |
| <input type="radio"/> geistige Verzögerung | <input type="radio"/> geistige Behinderung          | <input type="radio"/> Lernbehinderung                |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein

angeborener oder erworbener Herzfehler  Herzoperation/en  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  ja  nein

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

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

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

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein

**Anamnese der Eltern:**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  ja  nein

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

Neigen Sie zu...	Vater:	Mutter:
Karies?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnstein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnarztangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



### Essgewohnheiten Ihres Kindes:

- Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?  ja  nein  
Wenn ja, wie oft?  selten  1x pro Tag  mehrmals täglich
- Was bevorzugt Ihr Kind zum Frühstück?
- Getränke:  Tee / Kaffee mit Zucker  Tee / Kaffee ohne Zucker  Milch  Kakao  Fruchtsäfte  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Nahrung:  Brot  Butter  Marmelade  Nutella  Käse  Wurst  Müsli  
 Cornflakes  Obst  Süßigkeiten  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte) \_\_\_\_\_
- Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit?  Kuchen  Süßigkeiten  Chips, Salzstangen, etc.  belegtes Brot  Obst
- Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) \_\_\_\_\_
- Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?  (Mineral-) Wasser  Limonade, gezuckert  Tee  Milch  Kakao  
 Fruchtsäfte  Coca Cola  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Zahnpflege:

- Die Zähne werden geputzt:  vom Kind selbst  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern  
Wann werden die Zähne geputzt?  vor dem Frühstück  nach dem Frühstück  nach dem Mittagessen  
 sofort nach dem Abendessen  vorm zu-Bett-gehen
- Womit werden die Zähne gereinigt?  Handzahnbürste  elektr. Zahnbürste  Munddusche  
 Zahnseide  Zahnholzchen  Zahnzwischenraumbürstchen
- Zahnpaste: Name: \_\_\_\_\_  mit Fluorid  ohne Fluorid

### Fluoridzufuhr:

- Werden/ wurden D-Fluoretten gegeben?  ja  nein  
Von wann - bis wann? \_\_\_\_\_
- Zymafluor?  ja  nein
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?  ja  nein Wann, wie oft? \_\_\_\_\_
- Wird fluoridierte Mundspülung angewendet? Wann, wie oft? \_\_\_\_\_
- Fluoridierung beim Zahnarzt?  ja  nein
- Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt?  ja  nein

### Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern:

- Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_
- Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? \_\_\_\_\_
- Trinkt Ihr Kind immer noch aus der Flasche?  ja  nein  
 Wasser  Limonade  Fruchtsäfte  Tee gesüßt  Tee ungesüßt  Früchtetee gesüßt  Früchtetee ungesüßt
- Trinkt Ihr Kind aus dem Becher?  ja  nein  
 Wasser  Limonade  Fruchtsäfte  Tee gesüßt  Tee ungesüßt  Früchtetee gesüßt  Früchtetee ungesüßt  
 Milch  Kakao

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!