



Liebe Eltern,

Ihr Kind soll möglichst schonend und dabei erfolgreich zahnärztlich untersucht und gegebenenfalls behandelt werden. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens helfen Sie uns dabei. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns. Vielen Dank.

Ihr Praxisteam von **Schöttler. Taube. Märker.**

Persönliche Daten Patient/in

Name, Vorname Kind: Geburtsdatum:

Persönliche Daten Versicherte/r

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon mobil: E-Mail:

Erziehungsberechtigt ist Mutter Vater Beide

Überweisung Ja Nein Wenn ja, von:

Grund des heutigen Zahnarztbesuches:

Mein Kind wurde bereits zahnärztlich behandelt Ja Nein Wenn ja, wann:

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes? Kooperativ Ängstlich, aber Behandlung möglich Behandlungsverweigerung

Kinderarzt:

Betreuender Kieferorthopäde (falls vorhanden):

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?

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"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Erkrankung des Blutes |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="radio"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="radio"/> Nervenerkrankung | <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

Angeborene oder erworbene Herzfehler Herzoperationen Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein Wenn ja, folgende: _____

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente: _____

Fluoridanamnese

Wir verwenden für unser Kind regelmäßig: Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Zahncreme Fluoridtabletten

Zahnärztliche Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern

Sind bei einem Elternteil bleibende Zähne nicht angelegt? ja nein weiß nicht

Neigen Sie zu:

	Mutter		Vater	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Karies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnarztangst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Für neue Patienten: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Anzeige Empfehlung durch: _____ Sonstiges: _____

Hiermit versichere ich, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____