



Fragebogen für die Kinderbehandlung

Arnhofer Str. 4 ½ | 86447 Aindling | Telefon 0 82 37-10 10

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Füllen Sie ihn bitte soweit es Ihnen möglich ist aus und bringen ihn zum ersten Behandlungstermin Ihres Kindes mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden wir Ihre Angaben vertraulich behandeln.

Vorname des Kindes

Geburtsdatum/-ort

Nachname des Kindes

Krankenkasse

Adresse

Telefon

Mitglied

Geburtsdatum

Mein Kind hat folgende Erkrankungen (seit wann?)

Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein:

Mein Kind ist – nachgewiesen – allergisch gegen:

Kinderarzt:

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgend etwas Angst?

Grund des heutigen Zahnarztbesuches

Hat Ihr Kind –negative- Erfahrungen gemacht?

beim Arzt

beim bisherigen Zahnarzt

bei einem Klinikaufenthalt – wie lange?

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

Wie verlief die bisherige Zahnbehandlung?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt?

Haben Sie selber „schlechte Zähne“ (häufig Löcher, Zahnfleischprobleme)?



Bei bestehender Zahnarztangst

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

- Geräusche helles Licht/OP-Leuchte
 Berührung (z.B. mit Handschuhen) Praxisgeruch
Spritze: Pieks Anblick Gefühl während des Spritzens Taubheitsgefühl
Behandlungsstuhl: Liegeposition Sitzposition

Anderes
.....

Wissen oder vermuten Sie, was Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört hat?

- falsche Versprechungen (es tut überhaupt nicht weh!) ist festgehalten worden
 negative Sprache (stell dich nicht so an, du bist ungezogen...)

Anderes
.....

Mundhygiene und Ernährung

Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
 Handzahnbürste Elektr. Zahnbürste Zahnseide

Zahnpasta-Name:
.....

Sonstige Fluoridanwendungen:

Fluoridtabletten Fluorid-Gel (z.B. Elmex gelee) Mundspüllösung Fluoridiertes Kochsalz

Was trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten?
.....

Mein Kind trinkt bevorzugt aus dem Becher oder Glas der Trinkflasche

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? Wenn ja, wie oft?

selten 1x am Tag mehrmals täglich

Bitte machen Sie uns auch ein paar Angaben über die „Welt“ und Vorlieben Ihres Kindes:

Buch	Kuscheltier (evt. mitbringen!)
Tier	Lieblingsmusik
Beschäftigung	Figur
Schulfach	Essen/Getränk
Sport	Farbe

Mein Kind geht in die Krabbelgruppe die Kinderkrippe den Kindergarten die Schule

und außerdem in den Sportverein die Musikschule

andere Hobbys
.....

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?
.....
.....

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)
.....

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Ihr Praxisteam

