

Liebe Eltern,

Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie hierbei Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Veränderungen des Krankheitsbildes, und/oder die Einnahme weiterer, bzw. neuer Medikamente teilen Sie uns bitte mit. Auch das Absetzen bestimmter Arzneimittel geben Sie bitte bekannt. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Erziehungsberechtigter: _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefonnr.: _____ Faxnr.: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe ja nein

Kinderarzt/Hausarzt: _____ Telefonnr.: _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

(Hausarzt bitte angeben, manchmal sind Rücksprachen erforderlich)

Für Neupatienten: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Freunde/Bekannte/Familienmitglieder Gelbe Seiten Telefonbuch Internet Zeitung
 Sonstiges _____

Liegen folgende Erkrankungen vor?

Herzerkrankung: ja nein

Wenn ja welche? _____

Muss eine Endokarditisprophylaxe ja nein

durchgeführt werden?

(bei Vorliegen bestimmter Herzerkrankungen wird dies vom Hausarzt angewiesen)

Asthma: ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes): ja nein

Lebererkrankungen (Hepatitis – Gelbsucht): ja nein

Immunschwäche (HIV-Infektion) ja nein

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien: ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wird ein Medikament zur Blutverdünnung ja nein

eingenommen?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann erfolgte die letzte

Röntgenaufnahme im Zahnbereich? _____

Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-, ja nein
Gesichtsbereich oder an den Zähnen?

Wenn ja, welcher Art und wann?

Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

Für einen angenehmen Behandlungsablauf bitte zusätzlich ausfüllen:

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingstier: _____

Lieblingsgeschmack: _____

Was mag Ihr Kind besonders gern? _____

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? _____

Datum _____ Unterschrift _____

Spielregeln für einen erfolgreichen Zahnarztbesuch

Liebe Eltern und Begleitpersonen, bitte lesen Sie sich unsere folgenden Empfehlungen gut durch. Sie helfen dabei, den Zahnarztbesuch zu einem positiven Erlebnis für Ihr Kind werden zu lassen.

• Der Termin

Gerade bei einem Zahnarztbesuch sollte Ihr Kind **ausgeruht** sein. Vorheriger Stress kann eine Behandlung evtl. erschweren. Planen Sie den Termin daher entsprechend ein. Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie uns bitte begründet ab. Andernfalls müssen wir gegebenenfalls Säumnisgebühren erheben.

• Fragen zur Behandlung

Da wir uns während der Behandlung voll und ganz auf Ihr Kind konzentrieren, möchten wir Sie bitten, **Fragen entweder vor oder nach einer Behandlung** zu stellen. Gerne können Sie sich auch einen extra Termin ohne Ihr Kind geben lassen, um sich vorab zu informieren, da einige Fragen das Kind verunsichern könnten.

• Tipp

Besuchen Sie im Vorfeld mit Ihrem Kind unsere Internetseite unter www.zahnarztpraxis-niemeyer.de – so sind unsere Gesichter Ihrem Kind bereits vor dem ersten Kennenlernen vertraut.

• Auf Kinder eingestellt

Wir erklären Ihrem Kind alles **altersentsprechend**, wobei uns Sauger „Schlürfi“ und Bohrer „Willi“ spielerisch begleiten. Behandlungsziel und -weg besprechen wir mit Ihnen und Ihrem Kind gemeinsam. Unsere Erfahrung zeigt: Manchmal ist

weniger mehr – eine Erläuterung der Behandlung Ihrerseits könnte zu Missverständnissen führen. Freuen Sie sich daher einfach **gemeinsam** auf den Zahnarztbesuch.

• Wenn da ein Loch ist ...

... wünscht sich auch Ihr Kind eine schmerzfreie Behandlung. Um eine Betäubung zu geben, sind neben der Oberflächenbetäubung auch Geschichten und Metaphern sehr hilfreich – dies ist ein Teil der **Kinderhypnose**. Das Geben einer Spritze kann so beispielsweise als kuschelige Erfahrung mit einer Katze dargestellt werden. Wichtig dabei ist, dass Sie als Eltern diese Metaphern daheim beibehalten. Sie werden überrascht sein, wie freudig Ihr Kind der nächsten Behandlung entgegen-sieht!

• Kleine Geschenke

Ob zu Weihnachten, Ostern oder zum Geburtstag – **Geschenke** sind stets gern gesehen! Zur Zahnbehandlung halten wir ebenfalls ein passendes Geschenk bereit.

• Vertrauen

Ihr Kind befindet sich bei uns in guten Händen. Lassen Sie es „groß sein“ und uns das Signal geben, wann wir Sie aktiv bei der Behandlung brauchen. Ansonsten halten Sie sich bitte möglichst zurück. Nur so können wir unsere gesamte Aufmerksamkeit Ihrem Kind schenken und Ihr Kind kann sich auf uns konzentrieren.

Lassen Sie sich überraschen – ein Zahnarztbesuch kann eine spaßige Erfahrung sein.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Zahnarztpraxis Niemeyer

Ein kleiner Denkanstoß:

Kann sich Ihr Kind beim Zähneputzen im Spiegel sehen? Manchmal sind ein Kosmetikspiegel oder eine Spiegelfliese hilfreich!



Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

um Ihrem Kind bei der Erhaltung eines gesunden Gebisses gezielt helfen zu können, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

Fragen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten:

Leben Sie nach einer bestimmten Diät? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Sagt man, dass Sie gerne naschen? Ja Nein

Wann reinigen Sie Ihre Zähne in der Regel:

- Morgens vor dem Frühstück
- Morgens nach dem Frühstück
- Mittags nach dem Essen
- Abends sofort nach dem Essen
- Abends vor dem Schlafengehen

Wie viele Minuten wenden Sie für die Zahnpflege am Abend auf?

_____ Minuten

Haben Sie in den letzten Tagen folgendes gegessen/getrunken?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Fruchtbonbons | <input type="radio"/> Karamellbonbons |
| <input type="radio"/> Hustenbonbons | <input type="radio"/> Vitaminbonbons |
| <input type="radio"/> Frühstückscerealien | <input type="radio"/> Trockenfrüchte |
| <input type="radio"/> Milkschokolade | <input type="radio"/> Marzipan |
| <input type="radio"/> Lakritz | <input type="radio"/> Nougat |
| <input type="radio"/> Gebäck | <input type="radio"/> Speiseeis |
| <input type="radio"/> Würfelzucker | <input type="radio"/> Cola |
| <input type="radio"/> Limonade | <input type="radio"/> ungesüßte Fruchtsäfte |
| <input type="radio"/> Eistee | <input type="radio"/> Saft-Trinkpäckchen |

Fragen zu den Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes:

Was trinkt Ihr Kind in der Regel zum Frühstück?

- Kakao
- Milch
- Fruchtsaft
- Sonstiges _____

Was bekommt Ihr Kind als Brotaufstrich?

- Konfitüre/Schokocreme/Honig
- Wurst/Schicken/Käse
- Sonstiges _____

Ist das Mittagessen Ihres Kindes in der Regel eine warme Mahlzeit?

Ja Nein

Was isst Ihr Kind üblicherweise zum Nachmittag?

- Ein Brot mit süßem Aufstrich
- Kekse/Kuchen/Bonbons o. ä.
- Pudding/Eiscreme/Fruchtjoghurt
- Sonstiges _____

Ist das Abendessen Ihres Kindes in der Regel eine warme Mahlzeit?

Ja Nein

Was isst Ihr Kind abends?

- Ein Brot mit süßem Aufstrich
- Ein Brot mit Wurst/Schicken/Käse
- Sonstiges _____

Was trinkt Ihr Kind zum Abendbrot in der Regel?

- Kakao
- Milch
- Sonstiges _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch?

- Fruchtsaft/Saft-Trinkpäckchen
- Limonade/Eistee
- Ungesüßten Tee/Wasser
- Sonstiges _____

Wie oft isst Ihr Kind pro Tag Süßigkeiten (Bonbons, Schokolade, Kekse, Kuchen)

- Nie/Selten
- Etwa 1 bis 3 x täglich
- Öfter