

## 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-, Gesichtsbereich oder an den Zähnen? ja nein

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](http://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,

Sie haben sich dafür entschieden, bei Ihrem Kind rechtzeitig auf die Erhaltung gesunder Zähne zu achten. Das ist gut und wichtig. Um Sie bzw. Ihr Kind gezielt beraten zu können, bitten wir Sie, vorab einige Fragen zu beantworten und diesen Fragebogen auszufüllen.

Bitte schreiben Sie hier alles auf, was Ihr Kind den Tag über isst und trinkt:

---

---

---

---

---

Unser Kind isst besonders gern: \_\_\_\_\_

Unser Kind lehnt ab: \_\_\_\_\_

### Welche Milchnahrung bekam Ihr Baby als erstes?

- Es wird noch gestillt
- Es wurde gestillt bis zum Alter von \_\_\_\_\_ Monaten
- Es wurde nicht gestillt und erhielt folgende Muttermilchersatz-Nahrung: \_\_\_\_\_

### Das Kind trinkt aus:

- Becher/Tasse/Glas
- Flasche/aus Glas/aus Plastik
- Schnabeltasse

### Das Kind trinkt bevorzugt:

- Wasser
- Kräutertee
- Früchtetee
- Fruchtsäfte, Schorle
- Limonade/Eistee
- Kakao

Der erste Milchzahn brach durch mit \_\_\_\_\_ Monaten

Traten Probleme beim Zahnen auf?  Ja  Nein

### Lutscht Ihr Kind?

- Daumen/Finger
- Schnuller
- Lutscher/Lollies
- Nein/kaum

### Werden die Zähne des Kindes geputzt?

- Bisher noch nicht
- Nicht regelmäßig/jeden Tag
- 1 x täglich
- 2 x täglich
- 3 x täglich
- Mit Zahnpasta, Marke \_\_\_\_\_

### Reagiert Ihr Kind bei der Zahnreinigung

- bereitwillig
- mit Widerstand
- wechselnd

### Haben Sie sich schon über Vorsorge-Möglichkeiten zur Zahngesundheit informiert?

- Ja, beim Zahnarzt
- Ja, beim Kinderarzt
- Nein, noch nicht
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Falls ja, wie verhalten Sie sich Ihrem Kind gegenüber?

---

### Gibt es bei Ihnen oder Ihrer Familie starke Probleme hinsichtlich der Zähne?

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_