



KINDER-BERATUNGSBOGEN

Liebe Eltern,

wir freuen uns, heute Ihr Kind kennen zu lernen. - Mit Beantwortung der Fragen zur allgemeinen Gesundheit und der zahnärztlichen Vorgeschichte unterstützen Sie uns bei der erfolgreichen Zusammenarbeit mit unseren jungen Patienten.

PATIENT

VORNAME UND NAME		GEBURTSDATUM
STRASSE UND HAUSNUMMER		
PLZ	ORT	
ANMERKUNG		

RECHNUNGSEMPFÄNGER: VORNAME UND NAME		GEBURTSDATUM
STRASSE UND HAUSNUMMER		
PLZ	ORT	
TELEFON TAGSÜBER	MOBIL	
EMAIL		

Wie sind Sie krankenverichert?

- gesetzlich privat freiwillig versichert
 beihilfeberechtigt zusatzversichert

KRANKENKASSE

KRANKENGESCHICHTE

Hatte / hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma Schwere Infektion Zuckererkrankung
 Lebererkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie) Blutgerinnungsstörungen

ANDERE ERKRANKUNGEN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein

ALLERGISCHE REAKTIONEN/UNVERTRÄGLICHKEIT

Bitte wenden umstratum



Wann war der letzte Zahnarztbesuch? (ungefähr)

Was wurde behandelt?

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Wenn ja, warum...

Einige Fragen zur Motivation Ihres Kindes

Werden die Zähne morgens und abend geputzt? ja nein

Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind?

elektrische Zahnbürste Handzahnbürste

Putzt sich Ihr Kind freiwillig die Zähne? ja nein

Nur noch einige Fragen zum Schutz Ihres Kindes vor Karies und Zahnfleischerkrankungen

Sind bei Ihrem Kind schon einmal die Backenzahnoberflächen versiegelt worden? ja nein

Werden die Zähne regelmäßig fluoridiert? ja nein

Hatte Ihr Kind schon mal eine professionelle Zahnreinigung (PZR)? ja nein

Ist bei Ihrem Kind das Kariesrisiko durch einen Speicheltest gemessen worden? ja nein

Karies und Zahnfleischerkrankungen werden häufig von den Eltern auf die Kinder übertragen.

Liegt bei Ihnen oder Ihrem Partner ein erhöhtes Kariesrisiko vor? ja nein

Leiden Sie oder Ihr Partner unter einer Zahnfleischerkrankung? ja nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu den erforderlichen Kontrolluntersuchungen ja nein

Besuchen Sie unsere Praxis aufgrund einer persönlichen Empfehlung?

ja nein

Jetzt haben Sie es fast geschafft!
Sie können hier noch eine persönliche Anmerkung anfügen.

DATUM

UNTERSCHRIFT DES SORGBERECHTIGTEN

Dankeschön!