

Prophylaxe Fragebogen für das 1.-6. Lebensjahr



Bitte sorgfältig ausfüllen!

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Persönliches (Kind)

Name: _____ Muttersprache: _____

Geburtsdatum: _____ Alter des Kindes (Monate): _____

Persönliches (Versicherter)

Name / Vorname _____ Geburtsname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Geburtsdatum _____

Tel. mobil _____ Geburtsort _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____ Terminerinnerung per SMS erwünscht? ja nein

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Sonstiges _____

Überweisung von _____ Internet, über die Seite _____

Allgemeines (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein		ja	nein
Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet es an Allergien z. B. Jod, Asthma oder Heuschnupfen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leidet es an Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV, TBC)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verträgt Ihr Kind Latex (z. B. Luftballons, Gummihandschuhe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prophylaxe Fragebogen für das 1.-6. Lebensjahr

Weitere Angaben

	ja	nein
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann: _____		
Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> 1x täglich <input type="checkbox"/> 2-3 x täglich
Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> gar keine <input type="checkbox"/> fluoridfreie	<input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)
	<input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)	
Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Eltern und Kind
Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> vor den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> nach den Mahlzeiten
Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Handzahnbürste	<input type="checkbox"/> Fingerhut-Zahnbürste
	<input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste	

	ja	nein
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird/wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> weiß nicht
Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Getränke: _____		
Wenn ja, woraus?	<input type="checkbox"/> Tasse mit Trinkaufsatz	<input type="checkbox"/> Tasse ohne Trinkaufsatz
Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr - 8 Uhr) etwas zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: wie?	<input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Nuckelflasche <input type="checkbox"/> Tasse mit Trinkaufsatz	<input type="checkbox"/> Tasse ohne Trinkaufsatz
	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?	<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> gesüßter Tee <input type="checkbox"/> ungesüßter Tee	<input type="checkbox"/> Apfelsaft <input type="checkbox"/> Eistee <input type="checkbox"/> anderes:

Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? (Jahr / Monat) _____

Es schnullert / lutscht am Daumen:

<input type="checkbox"/> häufig zur Beruhigung	<input type="checkbox"/> tagsüber, wenn es müde ist
<input type="checkbox"/> immer zum Einschlafen	<input type="checkbox"/> nachts

	ja	nein
Können Sie den Schnuller / den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____ Aus welchem Grund? _____		

Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

Prophylaxe Fragebogen für das 1.-3. Lebensjahr

Persönliche Angaben

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu einer zahnärztlichen Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z. B. Mutter des Kindes): _____

	ja	nein
Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- / Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtiger Hinweis:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen.

Sie werden dann umgehend informiert.

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Anamnese kontrolliert – unverändert

Datum	Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger