

Aufnahmebogen Kind



Name: _____

Geb.: _____

Erziehungsberechtigte: Vater Mutter Sonstige _____

Alternativer Rechnungsempfänger/versichert über (Name, Adresse):

Telefonnummer _____

Überweisung durch: Hausarzt Kinderarzt O selbst ausgesucht

Kinderarzt: _____

weitere behandelnde Therapeuten (z.B. Logopädie, Kieferorthopäde, Physiotherapeut, etc.):

Spezielle Fragen zur Kinderbehandlung:

Einige Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern.

Was sind zur Zeit bevorzugte Interessen Ihres Kindes? _____

| | | | | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------------|----|------|
| Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/ Situationen mit Angst? (z.B. schlechte Noten, große Hunde etc.) | | | | | |
| Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst? Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser dieser Angst (gewesen)? | | | | | |
| Berührung | Schmerz | Gefühl während Behandlung | Weißer Kittel | | |
| Geschmack | Spritze | Gefühl hinterher | Instrumente | | |
| Behandlungsstuhl | | | Typische Gerüche | | |
| Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt? | | | | | |
| Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung ein Problem? | | | | | |
| Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich? | | | | | |
| Ist Ihr Kind wasserscheu/empfindlich gegenüber Wasser? | | | | | |
| Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich? | | | | | |
| Sind Sie bereit für eine systematische Hinführung zur Behandlung, die keine Kassenleistung ist, 15 €/10 Minuten zu bezahlen? | | | | | |
| Wären Sie einverstanden, evtl. den Behandlungsraum zu verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z.B. Zähneputzen, Zähne anschauen) nicht mitarbeiten will? | | | | | |
| Ich bin einverstanden, dass ich telefonisch oder postalisch an unseren nächsten Vorsorgetermin erinnert werde. | | | | | |

Kinderanamnesebogen:

**Liebe Eltern, für die optimale Behandlung Ihres Kindes sind einige Angaben nötig.
Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen die entsprechenden Antworten an.**

Medizinische Anamnese/ Allgemeingesundheit:

| Hat Ihr Kind: | Ja | Nein |
|------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass) | | |
| Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung | | |
| Allergie? Wenn ja, welche? | | |
| Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? | | |
| Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen? (blutet Ihr Kind länger als üblich?) | | |
| Herzfehler, -geräusch oder Herzerkrankung? Welche: Herzpass seit: | | |
| Kreislaufbeschwerden oder Ohnmachtsneigung? | | |
| Leber- oder Nierenerkrankung? | | |
| Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? | | |
| Lernschwäche oder Sprachprobleme? | | |
| Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? | | |
| Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? | | |
| Spastik oder veränderten Muskeltonus? | | |
| Hörprobleme oder Taubheit? | | |
| Sehschwäche oder Blindheit? | | |
| Sonstige angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt | | |
| Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung | | |
| War Ihr Kind bereits im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? | | |
| Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche: | | |

Zahnmedizinische Anamnese:

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|--|--|
| War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt | | |
| Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden) | | |
| Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? | | |
| Hat Ihr Kind von unangenehmen Arztbesuchen im Bekanntenkreis gehört? | | |
| Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen? Wenn ja, welche? | | |
| Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich? | | |
| Was ist der Grund des heutigen Besuches? | | |

Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und Fluoridnutzung

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Ist Ihr Kind gestillt worden? | | |
| Hat Ihr Kind beim Stillen eine Seite bevorzugt? | | |
| Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zu Lutschen? | | |
| Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken? Wenn ja, von _____ bis _____ Was war in der Nuckelflasche? | | |
| Isst Ihr Kind viel Süßes? Was? | | |
| Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind? | | |
| Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? | | |
| Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein? Wenn ja, von _____ bis _____ | | |
| Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt? Wenn ja, welche? | | |
| Werden Mundspüllösungen verwandt? | | |
| Wird Fluoridgelee verwendet? (Elmex Gelee)? Wenn ja, wie häufig? | | |

Funktionsanamnese:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Bevorzugt/e Ihr Kind eine bestimmte Schlaf-/Liegehaltung (z.B. Rücken, eine Seite) | | |
| Hat Ihr Kind Bewegungseinschränkungen? z.B. Kopfdrehung | | |
| Atmet Ihr Kind durch den Mund ? | | |
| Hat Ihr Kind eine besondere Angewohnheit? (Nägelkauen, Lippeneinsaugen...) | | |

Datum: _____

Unterschrift: _____