

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

Medizinische Anamnese/Allgemeingesundheit

Hat Ihr Kind

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

Zahnmedizinische Anamnese

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden) |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hat Ihr Kind von unangenehmen Arztbesuchen im Bekanntenkreis gehört? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen?
Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Was ist der Grund für den heutigen Besuch? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich? |

Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und Fluoridnutzung

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ist Ihr Kind gestillt worden?
Wenn ja, von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen? |

ja nein Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?
 Wenn ja, von _____ bis _____
 Was war/ist in der Nuckelflasche?

ja nein Isst Ihr Kind viel Süßes? Was?

ja nein Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?

ja nein Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

ja nein Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein?
 Wenn ja, vom _____ bis _____

ja nein Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt?
 Wenn ja, welche wird genutzt?

ja nein Werden Mundspüllösungen verwendet?

ja nein Wird Fluoridgelee verwendet? (Elmex Gelee)?
 Wenn ja, wie häufig?

Spezielle Fragen zur Kinderbehandlung

Viele 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 zurzeit bevorzugte Interessen Ihres Kindes?

ja nein Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/Situationen mit Angst?
 (z.B. vor schlechten Noten, großen Hunden etc.)

ja nein Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst?

Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst Ihrer Kindes?

ja nein

<input type="checkbox"/> Berührung	<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Gefühl während der Behandlung	<input type="checkbox"/> weißer Kittel
<input type="checkbox"/> Geschmack	<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Gefühl hinterher	<input type="checkbox"/> Instrumente
<input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl			<input type="checkbox"/> typische Gerüche

ja nein Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt?

ja nein Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung Probleme?

ja nein Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich?

ja nein Ist Ihr Kind wasserscheu/empfindlich gegenüber Wasser?

ja nein Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich?

ja nein Sind Sie bereit für eine systematische Hinführung zur Behandlung, die keine Kassenleistung ist, 15€ zu zahlen?

ja nein Sind Sie einverstanden, dass Sie den Behandlungsraum verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z.B. Zähneputzen oder Zähne anschauen) nicht mitarbeiten will?

ja nein Ich bin damit einverstanden, dass ich telefonisch oder postalisch an unseren nächsten Vorsorgetermin erinnert werde.

 Greifswald, den

 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter