



Dr. med. dent.

DANIELA WEILANDT

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!

Liebe Eltern, dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____
Erziehungsberechtigte [] Vater [] Mutter [] Sonstige _____
Kosenname des Kindes _____
Mein Kind geht in [] den Kindergarten [] die Schule [] eine andere Einrichtung, nämlich _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____
Telefon privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

[] Gesetzliche Krankenkasse [] Private Krankenkasse [] Standardtarif (1,7fach)
[] zusatzversichert [] vollversichert [] Anspruch auf Beihilfe

Ihr Zahnarztbesuch

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____
Besteht eine Zahnarztangst? [] nein [] ja
Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst? _____
Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch
[] Schmerz [] Festhalten [] Spritze [] Falsche Versprechungen
[] Andere Vorkommnisse, nämlich _____
Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____
Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? [] nein [] ja
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? [] nein [] ja

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? [] nein [] ja Wenn ja, welche? _____
Neigen Sie zu ... Vater Mutter
Karies? [] nein [] ja [] nein [] ja
Zahnstein? [] nein [] ja [] nein [] ja
Zahnfleischbluten? [] nein [] ja [] nein [] ja
Zahnarztangst? [] nein [] ja [] nein [] ja

Dr. med. dent. Daniela Weilandt

Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen vorm zu-Bett-gehen
Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahnholzchen Zahnzwischenraumbürstchen
Zahnpasta: Name: _____ mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoridzufuhr

- Werden/wurden D-Fluorethen gegeben? nein ja Von wann bis wann? _____
Zymafluor? nein ja
Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____
Wird fluoridierte Mundspülung angewendet? nein ja Wann, wie oft? _____
Fluoridierung beim Zahnarzt? nein ja
Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt? nein ja

Essgewohnheiten des Kindes:

- Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? nein ja Wenn ja, wie oft? selten 1x pro Tag mehrmals täglich
Was bevorzugt Ihr Kind zum Frühstück?
Getränke Tee/Kaffee mit Zucker Tee/Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte
 Sonstiges _____
Nahrung Brot Butter Marmelade Nutella Käse Wurst Müsli
 Cornflakes Obst Süßigkeiten Sonstiges _____
Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte) _____
Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit? Kuchen Süßigkeiten belegtes Brot Chips, Salzstangen, etc.
 Obst Gemüse
Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) _____
Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? (Mineral-) Wasser Limonade, gezuckert Tee Milch
 Kakao Fruchtsäfte Cola Sonstiges _____

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

- Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____
Trinkt Ihr Kind immer noch aus der Flasche? nein ja Trinkt Ihr Kind aus dem Becher? nein ja
Was? Wasser Limonade Fruchtsäfte Tee gesüsst Tee ungesüsst
 Früchtetee gesüsst Früchtetee ungesüsst Milch Kakao

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Hörstörungen
 Spastik Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung Lungenerkrankung
 Tuberkulose Erkrankungen des Blutes Lebererkrankungen/Gelbsucht Immunschwäche (AIDS)
 Nervenerkrankungen Magen-Darm-Erkrankung geistige Verzögerung geistige Behinderung
 Lernbehinderung Rheuma/rheumatisches Fieber

- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja
Wenn ja angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation / en Sonstiges: _____
Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja Wenn ja, worauf? _____
 Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja Wenn ja, welche? _____
 Verlieft die Schwangerschaft normal? ja nein Wenn nein, warum? _____
 Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? nein ja
 Hatte es schwere Unfälle? nein ja
 War es schon einmal im Krankenhaus? nein ja
 Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
 Hausarzt / Facharzt _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon _____ E-Mail _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung _____
 Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
 Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an den Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Die Welt Ihres Kindes

Liebings-Beschäftigung _____ Liebings-Essen _____
 Liebings-Tier _____ Liebings-Kuscheltier _____
 Liebings-Buch _____ Liebings-Musik _____
 Liebings-Schulfach _____ Liebings-Sendung _____
 Hat Ihr Kind einen Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z.B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt, u.s.w.) _____

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnfehlstellungsregulierung
 Ernährung Mundhygieneartikel Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.dr-weilandt.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____
 Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!