

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns, im Vorfeld einen Eindruck von Ihrem Kind zu bekommen.

Er dient dazu, uns optimal auf Ihr Kind einzustellen.. Sie haben hier die Gelegenheit, uns Hintergrundinformationen zu geben, die uns bei Bedarf während der Behandlung weiterhelfen können.

Bitte füllen Sie diesen Bogen wenn möglich am besten gemeinsam mit Ihrem Kind aus und schicken Sie ihn uns so zu, dass er bei der ersten Behandlung vorliegt, damit wir uns individuell auf Ihr Kind einstellen können.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Vor- und Nachname des Kindes:

Kosenname des Kindes:

Geburtsdatum:

Name, Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten:

Mutter:

Vater :

Tele:

email:

Adresse:

✚ Über seine Vorerfahrungen mit Ärzten / Therapeuten:

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Arzt, Zahnarzt)

Hat das Kind Angst und vor was?

Vorerfahrungen Ihres Kindes beim Arzt:

✚ Über seine Vorerfahrungen beim Zahnarzt:

Ist das Kind schon unter Einsatz von Medikamenten behandelt worden?

<input type="checkbox"/> Sedierung	wann:	wo:	wofür?
<input type="checkbox"/> Dormicum	wann:	wo:	wofür?
<input type="checkbox"/> Lachgas	wann:	wo:	wofür?
<input type="checkbox"/> Vollnarkose	wann:	wo:	wofür?

Gab es dabei Auffälligkeiten?

Gibt es ein bekanntes schlechtes Erlebnis durch:

- Schmerz
- Festhalten
- „Spritze“
- Falsche Versprechungen („Es tut überhaupt nicht weh“)
- Negative Sprache „Du brauchst keine Angst zu haben!“ ,
„Stell Dich nicht so an!“, „Du bist ungezogen!“

Sonstiges?

War Ihr Kind schon in Therapie (z.B. wegen Schlafstörungen, Bettnässen (Anschrift/Telefonnummer des Therapeuten)?

✚ Zahnärztliche Hintergrundinformationen:

Haben Sie Ihr Kind gestillt und wie lange?

ja, wie lange? nein ich stille noch

Lutscht Ihr Kind? am Daumen am Schnuller

Wenn Ihr Kind noch ein Kleinkind ist, woraus trinkt es?

Milchflasche Schnabeltasse/-Becher Glas

Hat Ihr Kind in den ersten Lebensjahren Fluoridtabletten eingenommen?

Ja, wie lange? Nein

Putzt Ihr Kind mit fluorhaltiger Zahncreme?

Ja, wie lange?

Nein

Benutzt Ihr Kind zusätzliche fluorhaltige Gele oder Mundspüllösungen?

Ja, wie lange?

Nein

Hat Ihr Kind Individualprophylaktische Maßnahmen in Anspruch genommen?

ja

Nein

Wer putzt und wie oft?

Das Kind selbst das Kind putzt vor und ein Elternteil nach

immer ein Erwachsener

wie oft?

einmal

zweimal

dreimal

wann?

morgens

mittags

abends

womit?

Handzahnbürste

elektrische Zahnbürste

benutzt ihr Kind Zahnseide?

ja

nein

Wer hat Ihr Kind bislang zahnärztlich betreut?

mein Kind war noch niemals bei einem Zahnarzt

mein Kind ist bei meinem Hauszahnarzt mitgegangen

mein Kind war in Behandlung eines zertifizierten Kinderzahnarztes

Ist Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung?

ja

seit ca.:

bei:

nein

Gibt es in Ihrer Familie / auch in vorherigen Generationen auffällige Erkrankungen oder Zahnbildungs- / oder Entwicklungsstörungen (weiße Flecken, Kreidezähne, MIH)?

Über sein Umfeld:

mein Kind geht in:

Spielgruppe

Kindergarten

Schule

Musikschule und andere Hobbys

Sport

Geschwister mit Alter und Namen?

wie heißt der beste Freund / Freundin?

Haustiere mit Art und Namen ?

✚ Über die Welt Ihres Kindes:

Bitte erzählen Sie uns von den Vorlieben Ihres Kindes:

- *Lieblings - Essen/Getränke*
- *Lieblings - Farbe*
- *Lieblings - Tier*
- *Lieblings - Kuscheltier (wenn gewünscht, gerne mitbringen)*
- *Lieblings - Buch/Musik/Kassette*
- *Lieblings - Fernsehfilm / Serie*

Kuschelecke, Traumplatz: Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z. B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt

✚ Wie sehen Ihre Erwartungen aus?

- in Bezug auf das zu erwartende Verhalten Ihres Kindes?

- in Bezug auf die Dauer und Art der zukünftigen zahnärztlichen Behandlung?

✚ Gibt es sonst noch etwas, was wir wissen sollten?

Haben Sie die Elterninformation erhalten und gelesen?

Ja Nein

haben Sie dazu noch Fragen?

Ja Nein

Datum / Unterschrift