

Lieber junger Patient,

*dieser Fragebogen hilft uns, im Vorfeld einen Eindruck von Dir zu bekommen.
Bitte fülle diesen Bogen am besten gemeinsam mit Deinen Eltern aus
und schicken Sie ihn uns so zu, dass er uns zu der ersten Behandlung vorliegt,
damit wir uns optimal auf Dich einstellen können.*

Selbstverständlich werden Deine Angaben vertraulich behandelt.

Dein Name:

Geburtsdatum:

Name, Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten:

Mutter:

Vater :

Adresse/Tele/ email:

 Hast Du Vorerfahrungen mit Ärzten / Therapeuten:

Deine Vorerfahrungen beim Arzt/im Krankenhaus:

 Deine Vorerfahrungen beim Zahnarzt:

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!“

 **Zahnärztliche Hintergrundinformationen:**

Putzt Du mit fluorhaltiger Zahncreme?

Ja wie lange? Nein

Wer putzt und wie oft?

Ich selbst Ich putze vor und ein Elternteil nach

wie oft? einmal zweimal dreimal täglich

wann? morgens mittags abends

womit? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Benutzt Du Zahnseide?

ja nein

Wer hat Ihr Kind bislang zahnärztlich betreut?

Ist Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung?

ja seit ca.: bei:
 nein

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

 **Über Dein Umfeld:**

Ich gehe in:

Sportverein Schule

wie heißt der beste Freund / Freundin?

Geschwister mit Alter und Namen

Haustiere mit Art und Namen

 **Über Deine die Welt:**

- Lieblings - Essen/Getränke
- Lieblings - Farbe
- Lieblings - Tier
- Lieblings - Kuscheltier (gerne mitbringen)
- Lieblings - Buch/Musik/CD

Datum / Unterschrift