

## Liebe Eltern,

Sie haben für Ihr Kind einen Termin in unserer Praxis vereinbart. Im Folgenden möchten wir Sie ein wenig über unser Konzept der Kinderbehandlung informieren und Ihnen ein paar Tipps für den ersten Besuch in unserer Praxis geben. Die Fragen zu Ihrem Kind erscheinen Ihnen vielleicht sehr ausführlich. Sie helfen uns dabei, unseren neuen Patienten bereits vor dem ersten Kontakt ein wenig kennenzulernen. Auch Sie können an dieser Stelle über eventuell bereits aufgetretene Probleme berichten oder uns Hinweise geben, was wir bei Ihrem Kind beachten müssen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen unbedingt zum ersten Termin mit in die Praxis oder schicken ihn vorab per Post zu. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

### Wie ist das so bei uns in der Praxis?

Kinder benötigen besondere Aufmerksamkeit. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass Kinder, die alleine mit uns ins Behandlungs-zimmer kommen, aufmerksamer und besser motivierbar sind. Sie bauen schneller Vertrauen auf, lassen sich leichter behandeln und können an diesem Erlebnis wachsen.

Ist Ihr Kind noch sehr jung oder ängstlich oder möchte Sie aus anderen Gründen im Behandlungszimmer dabeihaben, beachten Sie bitte:

- ▶ „Viele Köche verderben den Brei“ – reden mehrere Erwachsene auf ein Kind ein, so verwirrt dies das Kind. Es weiß nicht so genau, auf wen es hören soll.

#### **Überlassen Sie deshalb unbedingt uns das Sprechen – auch wenn es schwer fällt!**

Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Dinge zu besprechen, die auf dem Bogen keinen Platz gefunden haben, so sprechen Sie uns vor der Behandlung darauf an – bitte nicht im Zimmer in Gegenwart Ihres Kindes.

- ▶ Aus demselben Grund möchten wir keine Großfamilien mit in das Sprechzimmer nehmen! Ihr Kind soll entscheiden, ob es gerne Mama oder Papa, Oma, Opa .... oder den großen Bruder oder die Schwester dabei haben möchte!

Kommt Ihr Kind alleine mit uns in das Behandlungszimmer, so werden wir Sie selbstverständlich über das Ergebnis der Untersuchung sowie weitere Behandlungsmaßnahmen informieren und Ihr Einverständnis dafür einholen.

Hat Ihr Kind keine akuten Beschwerden, so werden wir in aller Regel am ersten Termin eine Untersuchung und eventuelle Prophylaxemaßnahmen wie Zähne-Putzen-Üben durchführen, damit sich Ihr Kind erst einmal langsam an uns gewöhnen kann. Bitte bringen Sie dafür die Zahnbürste mit.

### Was können Sie schon vorher tun?

Am liebsten: so wenig wie möglich! Je unbefangener Ihr Kind die Praxis betritt, desto leichter wird es behandelbar sein.

„Zähne-zählen-gehen“ sollte nichts Aufregendes sein. Versprechen Sie Ihrem Kind schon im Vorfeld Belohnungsgeschenke für einen gelungenen Besuch, so machen Sie es misstrauisch. Äußern Sie sich über Ihre Zahnarterfahrungen nur positiv oder gar nicht – das sollten auch Großeltern beachten.

Vermeiden Sie bitte unbedingt Bemerkungen wie „Du brauchst keine Angst zu haben“, „Es tut auch gar nicht weh“, „Das ist gar nicht schlimm“ – solche selbstverständlich gut gemeinten Äußerungen kommen bei den meisten Kindern ganz anders an: Sie stellen sich auf „höchste Alarmstufe“ um!

**Je normaler Ihr Kind einen Zahnarztbesuch empfindet, desto besser! Seien Sie trotzdem nicht enttäuscht, wenn nicht gleich beim ersten Besuch alles so klappt, wie Sie es sich wünschen – auch ganz kleine Erfolge sind wichtige Erfolge und verdienen ein Lob. Damit stärken Sie das Selbstvertrauen Ihres Kindes.**



## Anmeldebogen für ihre Kinder

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

### Anmeldung

#### Angaben zum Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Vater des Kindes

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Mutter des Kindes

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Wer ist Erziehungsberechtigte/r für das Kind? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vater  Mutter  abweichende Person

#### Angaben zur abweichenden Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

## Versicherung

Wie ist das Kind versichert?

Gesetzlich  freiwillig gesetzlich  privat  privat im Basistarif

Bei welcher Versicherung ist das Kind krankenversichert?

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass Sie die Versicherungskarte vergessen haben, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach. Andernfalls bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen unsere Leistungen privat in Rechnung stellen.

Über welchen Elternteil ist das Kind mitversichert?

Vater  Mutter  Selbst

Bei welcher Versicherung ist das Kind krankenversichert?

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

### Vorbehandler

Bisheriger Zahnarzt \_\_\_\_\_

Kinderarzt/ Hausarzt/ Spezialist \_\_\_\_\_

Gibt es bereits Röntgenbilder? Ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Internet  sonstige

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Kontrolle erinnert werden? Ja  nein

Bitte beachten Sie, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ausfallzeiten und somit Kosten verursachen, die wir Ihnen in Rechnung stellen müssen. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie daher, Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Gera, am \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ernährungsfragebogen für Klein- und Vorschulkinder

Bis zu welchem Alter wurde/wird ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_  Bis jetzt

Wie häufig wurde/wird ihr Kind innerhalb von 24 Stunden gestillt? \_\_\_\_\_

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einer Nuckelflasche? \_\_\_\_\_  Bis jetzt  
Was war am Häufigsten in der Flasche? \_\_\_\_\_

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einem Trinklernbecher? \_\_\_\_\_  Bis jetzt

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einer Trinkflasche? \_\_\_\_\_  Bis jetzt

Seit welchem Alter trinkt ihr Kind aus der Tasse? \_\_\_\_\_

Welche Produkte bekommt ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)

|                              | Selten | 1x wöchl. | 1-2x täglich | 3-6x täglich | >6x täglich | Nachts |
|------------------------------|--------|-----------|--------------|--------------|-------------|--------|
| Wasser                       |        |           |              |              |             |        |
| Ungesüßter Tee               |        |           |              |              |             |        |
| Gesüßter Tee                 |        |           |              |              |             |        |
| Baby-Tee (Granulat)          |        |           |              |              |             |        |
| Milch                        |        |           |              |              |             |        |
| Kakao-/Erdbeermilch          |        |           |              |              |             |        |
| Säfte, Eistee, Limonade      |        |           |              |              |             |        |
| Verdünnte Säfte, Schorle     |        |           |              |              |             |        |
| Gummibärchen                 |        |           |              |              |             |        |
| Milchschnitte o.ä. Snacks    |        |           |              |              |             |        |
| Pudding                      |        |           |              |              |             |        |
| Fruchtjoghurt                |        |           |              |              |             |        |
| Marmelade, Nuss-Nougat-Creme |        |           |              |              |             |        |
| Bonbons, Lutscher            |        |           |              |              |             |        |
| Trockenobst                  |        |           |              |              |             |        |
| Eis                          |        |           |              |              |             |        |
| Schokolade                   |        |           |              |              |             |        |
| Kekse, Kuchen, Gebäck        |        |           |              |              |             |        |
| Chips                        |        |           |              |              |             |        |
| Sonstiges?                   |        |           |              |              |             |        |

Wer putzt die Zähne bei ihrem Kind?  Eltern  Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt?  Gar nicht  Gelegentlich  1x tgl.  2-3x tgl.

Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt?  Morgens  Mittags  Abends  vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten

Womit werden die Zähne geputzt?  Kinderzahnpaste mit Fluorid  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste  Fluoridfreie Zahnpaste  Erwachsenen-ZP

Verwenden sie 1x wöchentlich Elmex Gelee?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen?  ~1 Jahr  ~2 Jahre  Bis jetzt  Nein

Nutzen sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?  Schnuller  Lippen/Wangen saugen  Daumen lutschen  Andere: \_\_\_\_\_

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?  gut  mittel  schwierig

Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein?  gut  mittel  schwierig

## Ernährungsfragebogen für Schulkinder

### Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Mineralwasser     | <input type="checkbox"/> Aromatisiertes Wasser                  |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsaft     | <input type="checkbox"/> Fruchtsaftschorle |   |
| <input type="checkbox"/> Gesüßten Tee   | <input type="checkbox"/> Ungesüßten Tee    | <input type="checkbox"/> Eistee                      Instanttee |
| <input type="checkbox"/> Cola           | <input type="checkbox"/> Limonade          | <input type="checkbox"/> Sportgetränk (Isotonische Getränke)    |
| <input type="checkbox"/> Milch          | <input type="checkbox"/> Kakao             |   |

### Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?

Ungefähr ..... am Tag

### Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

- |                                      |   |                                   |                                  |  |  |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obst        | <input type="checkbox"/> Gemüse   | <input type="checkbox"/> Kaugummi | <input type="checkbox"/> Joghurt | <input type="checkbox"/> Belegtes Brot | <input type="checkbox"/> Reiswaffeln     |
| <input type="checkbox"/> Brezeln     | <input type="checkbox"/> Kekse  | <input type="checkbox"/> Kuchen   | <input type="checkbox"/> Chips   | <input type="checkbox"/> Salzstangen   | <input type="checkbox"/> Fruchtschnitten |
| <input type="checkbox"/> Müsliriegel | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.) |                                   |                                  |  |  |

### Zahnputzgewohnheiten

#### Wer putzt die Zähne bei ihrem Kind?

- Kind       Eltern       Eltern putzen nach

#### Wie oft werden die Zähne geputzt?

- Gar nicht       Gelegentlich       1x tgl.       2-3x tgl.

#### Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt?

- Morgens       Mittags       Abends  
 vor den Mahlzeiten       nach den Mahlzeiten

#### Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste       Elektrische Zahnbürste

- Kinderzahnpaste mit Fluorid       Fluoridfreie Zahnpasta       Junior-ZP       Erwachsenen-ZP

#### Verwenden sie 1x wöchentlich Elmex Gelee?

- Ja       Nein

#### Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen?

- ~1 Jahr       ~2 Jahre       Bis jetzt       Nein

#### Nutzen sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt?

- Ja       Nein

#### Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?

- Schnuller       Lippen/Wangen saugen  
 Daumen lutschen      Andere: \_\_\_\_\_

#### Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?

- gut       mittel       schwierig

#### Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein ?

- gut       mittel       schwierig