



Name, Vorname: _____
Geburtsdatum und Ort: _____
Anschrift: _____

Versicherte/r / Erziehungsberechtigte/r: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon privat: _____ geschäftlich: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____ pflichtversichert () – freiwillig versichert () – privat ()
Zusatzversicherung: _____
Empfohlen durch: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau, damit wir Sie individuell und optimal behandeln können. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert werden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien.

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.

War Ihr Kind schon beim Zahnarzt? Wenn ja, wann?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind negative Erfahrungen beim Zahnarzt / Arzt / im Krankenhaus gehabt?	JA	NEIN
Haben Sie persönlich Angst vor dem Zahnarzt?	JA	NEIN
Wurden bei Ihrem Kind im letzten Jahr Röntgenbilder angefertigt?	JA	NEIN
Besitzen Sie einen Röntgenpass für Ihr Kind?	JA	NEIN
Haben Sie ein besonderes Anliegen? _____		

Spezifizieren Sie bitte bei zutreffender Antwort.

Allergien: _____	JA	NEIN
Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankung: _____	JA	NEIN
Ist eine antibiotische Abschirmung erforderlich? _____	JA	NEIN
Magen- / Darmerkrankung: _____	JA	NEIN
Leber- oder Nierenerkrankung: _____	JA	NEIN
Anfallsleiden (Epilepsie): _____	JA	NEIN
Infektionskrankheiten: Hepatitis () Tuberkulose () HIV () Herpes () _____	JA	NEIN
Stoffwechselerkrankung oder Diabetes: _____	JA	NEIN
Blutkrankheiten / erhöhte Blutungsneigung: _____	JA	NEIN
Angeborene / sonstige Erkrankungen: _____	JA	NEIN
Ist Ihr Kind häufiger erkältet / krank: _____	JA	NEIN
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein: _____	JA	NEIN

Beantworten Sie bitte folgende Fragen bezüglich Ernährung und Gewohnheiten Ihres Kindes.

Hauptmahlzeiten (Zusammensetzung):

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Abendessen: _____

Zwischenmahlzeiten:

Frequenz + Zusammensetzung: _____

Nasch-Gewohnheiten:

Frequenz + Zusammensetzung: _____

Getränke: _____

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate?

Fluorid-Tabletten ()

Fluorid-haltiges Salz ()

Fluorid-haltiges Mineralwasser ()

Fluorid-haltige Kinderzahnpaste ()

Fluorid-haltige Erwachsenenzahnpaste ()

Fluorid-haltiges Gelees ()

Fluorid-haltige Spüllösungen ()

Mundhygiene:

Wann / wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? morgens () mittags () abends ()

Womit putzt Ihr Kind die Zähne?

Handzahnbürste () elektr. Zahnbürste () Schallzahnbürste () Zahnseide/Floss ()

Kontrollieren Sie das Zähneputzen? Ja () Nein () Ich putze die Zähne () Ich putze nach ()

Hat Ihr Kind Angewohnheiten? Schnuller () Daumenlutschen () Nuckel-Flasche ()

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja () Nein ()

Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen? Ja () Nein ()

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja () Nein ()

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die obigen Angaben betreffend, umgehend mitzuteilen.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. bei Verhinderung mindestens zwei Werkstage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Stuttgart, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Behandler