

## 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 \_\_\_\_\_

Kosenamen 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  Zusatzversichert

vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

### Schön, dass Sie bei uns sind ...

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter [www.dr-goepel.de](http://www.dr-goepel.de)?  ja  nein

Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden?  ja  nein ... bei Jameda?  ja  nein

Sind wir Ihnen empfohlen worden?  ja  nein \_\_\_\_\_

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung Ihres Kindes / Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was hat Ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Frage, die Sie gerne an Ihren Zahnarzt stellen möchten? \_\_\_\_\_

### Möchten Sie von uns regelmäßig an den Kontrolltermin (Recall-System) Ihres Kindes erinnert werden? ja nein

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

### Die Welt Ihres Kindes

Liebblings-Beschäftigung \_\_\_\_\_

Liebblings-Essen \_\_\_\_\_ Liebblings-Tier \_\_\_\_\_ Liebblings-Kuscheltier \_\_\_\_\_

Liebblings-Buch \_\_\_\_\_ Liebblings-Musik \_\_\_\_\_ Liebblings-Schulfach \_\_\_\_\_

Liebblings-Sendung \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Ort, um sich wohl und sicher zu fühlen? (z.B. Baumhaus, Kinderbett, Zelt, u.s.w.) \_\_\_\_\_

### Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung  individuelles Prophylaxeprogramm  Zahnfehlstellungsregulierung

Kariesrisikobestimmung  Mundhygieneartikel  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Zahnarztbesuch

Grund des Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?  nein  ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch  Schmerz  Festhalten  Spritze

Falsche Versprechungen  Andere Vorkommnisse, nämlich \_\_\_\_\_

Wie lief 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

### 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  Zahnhölzchen  Zahnzwischenraumbürstchen

Zahnpasta-Name: \_\_\_\_\_  mit Fluorid  ohne Fluorid

### Fluoridzufuhr

Werden / wurde D-Fluoretten gegeben?  nein  ja Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Zymafluor?  nein  ja

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?  nein  ja Wann, wie oft? \_\_\_\_\_

Fluoridierung beim Zahnarzt?  nein  ja

Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt?  nein  ja

### Essgewohnheiten des Kindes:

Ist 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

Wasser/Selter  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 Zwischenmahlzeiten?  Kuchen  Süßigkeiten  belegtes Brot  Chips, Salzstangen etc.

Obst  Gemüse  Sonstiges \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?  (Mineral-)Wasser  Limonade  Tee  Milch  Kakao

Fruchtsäfte  Cola  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Brauchte Ihr Kind Schnuller oder Daumen?**  nein  ja

Wenn ja, bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

### 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  Sonstiges \_\_\_\_\_

### 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

### Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

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? \_\_\_\_\_

Verlief 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  
War Ihr Kind in den letzten zehn Monaten im Krankenhaus oder beim Arzt?  nein  ja  
Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  nein  ja

### Ärztliche Behandlung

Befindet Ihr Kind sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?  ja  nein

Hausarzt/Heilpraktiker _____	Facharzt _____
Straße+Nr. _____	Straße+Nr. _____
Postleitzahl+Ort _____	Postleitzahl+Ort _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____

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

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Zahnarztpraxis Dr. Goepel



Dr. Karsten Goepel  
Dr. Kimberly Goepel

Königstr. 55  
25335 Elmshorn

Tel.: 0 41 21 / 13 13  
praxis@dr-goepel.de