**Dr. Jan Boekstegers & Dr. Michael Kellner & ZÄ Sandra Koch**
Zertifizierte Qualität nach DIN EN 9001:20000
**Marktstraße 40 · 33039 Nieheim · Tel. 05274 / 8686 · Fax 05274 / 8687**
www.za-nieheim.de

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

**Patient**
**Kind** _____
Name Vorname geb.

**Anschrift:** _____
Straße/Nr. PLZ/Wohnort

**versichert durch**
**Eltern/Erziehungsberechtigte**
_____
Name Vorname geb.

_____
Festnetznummer E-Mail/Faxnummer Handynummer

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____

| | | |
|---|---|---|
| Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? | ☐Ja | ☐Nein |
| Bei welchem Arzt? _____ | | |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | ☐ Ja | ☐Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? | ☐Ja | ☐ Nein |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? | ☐ Ja | ☐Nein |
| Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Andere Erkrankungen? _____ | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? | ☐ Ja | ☐ Nein |

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

**Dr. Jan Boekstegers & Dr. Michael Kellner & ZÄ Sandra Koch**
Zertifizierte Qualität nach DIN EN 9001:20000
**Marktstraße 40 · 33039 Nieheim · Tel. 05274 / 8686 · Fax 05274 / 8687**
www.za-nieheim.de

☐ gar nicht ☐ manchmal ☐ 1 x täglich ☐ 2 – 3 x täglich
☐ vor den Mahlzeiten ☐ nach den Mahlzeiten

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
☐ gar keine ☐ fluoridfreie Kinderzahnpasta
☐ Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) ☐ Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid)
☐ Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid)

3. Welche Menge Kinderzahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind bei jedem Zähneputzen?
☐ Reiskorngröße ☐ Erbsengröße

4. Darf ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita das Zähneputzen mit der Bezugsperson üben?
☐ ja ☐nein
☐ mit einer Erbse Kinderzahnpasta (500 ppm F-)
☐ mit einem Reiskorn Kinderzahnpasta (1.000 ppm F-)
☐ mit einer fluoridfreien Kinderzahnpasta

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ☐ ja ☐nein
7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein
9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ☐ja ☐ nein

Wenn ja, woraus? ☐ Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
☐ offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

10. Was bekommt ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?
☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Saftschorle ☐ Saft
Woraus? ☐ Tasse/Becher mit Trinkaufsatz ☐ offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

11. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: wie? ☐ Brust ☐ Flasche ☐ Becher mit Trinkaufsatz ☐ andere: _____

12. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? ☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Apfelsaft
☐ Eistee ☐anderes_____

13. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)

14. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

**Dr. Jan Boekstegers & Dr. Michael Kellner & ZÄ Sandra Koch**
Zertifizierte Qualität nach DIN EN 9001:20000
**Marktstraße 40 · 33039 Nieheim · Tel. 05274 / 8686 · Fax 05274 / 8687**
www.za-nieheim.de

15. Ist der Vormittag in Krippe/Tagespflege eine „Zuckerpause“ für die Zähne Ihres Kindes? Zuckerpause bedeutet es gibt zum zweiten Frühstück ausschließlich kauaktive Lebensmittel ohne zugesetzten Zucker bzw. Zuckerkonzentrate. ☐ ja ☐ nein

16. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/lutscht am Daumen: ☐ nein ☐ tags, wenn es müde ist
☐ häufig zur Beruhigung ☐ immer zum Einschlafen

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? ☐ ja ☐ nein
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ☐ ja ☐ nein

17. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann?_____ warum? _____

18. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)
_____

17. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? ☐ keine
_____
_____

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____
Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch? ☐ ja ☐ nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung? ☐ ja ☐ nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? ☐ ja ☐ nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Hier noch ein Hinweis:**
**Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Angebote ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichend.**
**Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.**