

## Liebe Eltern,

wir freuen uns, Sie und ihr Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen vollständig und richtig auszufüllen. Bei Unklarheiten, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank  
Ihr Team PlinganserKids

### Patientendaten:

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

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

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

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße PLZ, Ort

Telefon \_\_\_\_\_  
Tel. privat Tel. geschäftlich

Mobil \_\_\_\_\_  
Mutter Vater

E-Mail \_\_\_\_\_  
Mutter Vater

Beruf \_\_\_\_\_  
Mutter Vater

Wer ist erziehungsberechtigt?  Mutter  Vater  beide  
Über wen ist das Kind versichert?  Mutter  Vater  Kind selbst

Gesetzlich versichert Zahnzusatzversicherung  Ja  Nein

Privat versichert Beihilfeberechtigt  Ja  Nein

Krankenkasse  
oder Versicherung \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes und Anschrift?  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Anamnese:

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem und wann? \_\_\_\_\_

Wurde dort geröntgt?  Ja  Nein

Hat ihr Kind Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Hat ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?  Ja  Nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich?  Ja  Nein

Was ist der Grund für ihren heutigen Besuch?  
\_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen?  Ja  Nein

Herzpass vorhanden? (seit: \_\_\_\_\_ )  Ja  Nein

Asthma, Lungenerkrankungen, COPD?  Ja  Nein

Regelmäßiges Schnarchen mit Tagesmüdigkeit?  Ja  Nein

Lernschwäche, Sprachprobleme?  Ja  Nein

Geistige Beeinträchtigung/Entwicklungsverzögerung?  Ja  Nein

Leber-oder Nierenerkrankung?  Ja  Nein

Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?  Ja  Nein

Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit?  Ja  Nein

Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis oder HIV?  Ja  Nein

Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes etc.?  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen? (Blutet ihr Kind länger als üblich?)  Ja  Nein

Hat ihr Kind Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet ihr Kind an sonstigen Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

War ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt)  Ja  Nein

Gab es Komplikationen bei Schwangerschaft/Geburt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Fehlen Impfungen bei ihrem Kind?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind Covid19 oder besteht eine Impfung?  Ja  Nein

### Spezielle Gewohnheiten:

- Nimmt ihr Kind einen Schnuller? (Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ )  Ja  Nein
- Lutscht ihr Kind am Daumen/Gegenstand?  Ja  Nein
- Hat ihr Kind sprachliche Probleme?  Ja  Nein
- Knirscht oder presst ihr Kind mit den Zähnen?  Ja  Nein
- Waren Sie bereits bei einem Kieferorthopäden oder Logopäden mit ihrem Kind?  Ja  Nein

### Ernährungs-und Putzgewohnheiten:

- Ist ihr Kind gestillt worden? (Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ )  Ja  Nein
- Hat ihr Kind aus der Flasche getrunken?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie lange?  Immer noch  Zum Einschlafen  morgens
- Was trinkt ihr Kind aus der Flasche? \_\_\_\_\_
- Was trinkt ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_
- Wie oft am Tag isst ihr Kind Süßes? \_\_\_\_\_
- Wie viele Zwischenmahlzeiten nimmt ihr Kind am Tag zu sich? \_\_\_\_\_
- Wie oft putzt ihr Kind am Tag die Zähne? \_\_\_\_\_
- Putzt ihr Kind alleine die Zähne?  Ja  Nein
- Geben Sie ihrem Kind Fluoridpräparate?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche?  Fluoridtabletten  fluoridiertes Speisesalz  fluoridierte Zahnpasta

### Anamnese der Eltern:

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Mutter:  Ja  Nein Vater:  Ja  Nein
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? Mutter:  Ja  Nein Vater:  Ja  Nein
- Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Eventuell
- Neigen Sie zu (Mutter)  Zahnstein  Karies  Zahnfleischbluten
- Neigen Sie zu (Vater)  Zahnstein  Karies  Zahnfleischbluten

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind:

Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten bzw. die Daten meines Kindes sowohl für die kinderzahnärztliche Praxis Plinganser Kids als auch für die zahnärztliche Praxis von Plinganser 8 zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten