

Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Versicherter

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Adresse (falls abweichend) _____

Kinderarzt: _____

Kieferorthopäde: _____

Logopäde: _____

Sonstige: _____

Ich möchte an die halbjährliche Kontrolle & Prophylaxe für mein Kind erinnert werden

per Mail Mailadresse: _____

per Telefon Telefonnummer: _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/ des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberichtigte/r) Geburtsdatum

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Medizinische Angaben

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leidet ihr Kind an Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat ihr Kind eine Herzerkrankung? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Prophylaxeorientierter Fragebogen

1. Wie oft putzen Sie ihrem Kind oder ihr Kind selbst die Zähne?

gar nicht manchmal 1x täglich 2-3x täglich

2. Wer putzt bei ihrem Kind die Zähne?

Kind Eltern Eltern und Kind

3. Welche Zahnpasta verwenden Sie für ihr Kind?

gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (>1000ppm Fluorid)

4. Wann werden die Zähne ihres Kindes geputzt?

morgens abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit werden die Zähne ihres Kindes geputzt?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

8. Woraus trinkt ihr Kind? Flasche Becher mit Trinkaufsatz Glas

9. Bekommt ihr Kind nachts etwas zu trinken? ja nein

10. Nimmt ihr Kind einen Schnuller/ den Daumen? ja nein

11. Waren Sie mit ihrem Kind schon mal beim Zahnarzt? ja nein

Vielen Dank für ihre Mithilfe