



Liebe Eltern von

Vorname und Name

geb. am

gerne möchten wir bestmöglich auf die Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen. Bitte helfen Sie uns mit der Beantwortung der unten stehenden Fragen, Ihr Kind so gut wie möglich kennenzulernen.

I. Anlass und Familienanamnese

1) Grund Ihres Besuches:

regelmäßige Vorsorge

akute Beschwerden

2) Gibt es Geschwisterkinder?

ja. Wie alt sind die Kinder? _____

nein

3) Geben oder gaben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

ja, von _____ bis _____

nein

II. Fragen zur zahnärztlichen Behandlung Ihres Kindes

1) Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?

ja. Bei wie vielen Zahnärzten war Ihr Kind bereits? _____

nein

2) Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

kooperativ

ängstlich, Behandlung war aber möglich

Behandlungsverweigerung

3) Gibt es „Schlüsselreize“ für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. gezielte Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (z.B. Würgereize) vor?

ja. Welche? _____

nein





III. Fragen zur allgemeinen Gesundheit Ihres Kindes

- 1) Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bitte geben Sie Name und Fachrichtung des Arztes an.

- 2) Schnarcht oder knirscht Ihr Kind im Schlaf? nein ja, _____
- 3) Leidet Ihr Kind an einer schweren Allgemeinerkrankung? ja, _____
- 4) Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____
- 5) War oder ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? nein ja

Vielen Dank für Ihre Offenheit!

Bitte beachten Sie, dass gewisse Formulierungen Kindern gegenüber vermieden werden sollten. „Das tut nicht weh“ bedeutet, dass es doch wehtun kann. Auch sind Belohnungen nach dem Arztbesuch oft wenig hilfreich, da der Druck dadurch nur verstärkt wird!

Wir freuen uns, unseren Beitrag zum glücklichen Lächeln Ihres Kindes leisten zu dürfen!

Bitte geben Sie uns nun noch einige Daten zu Ihrer Person:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Festnetz

Mobil

E-Mail Adresse

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden zuvor absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum und Unterschrift



PS: Verraten Sie uns noch Lieblingsfarbe und Lieblingstier Ihres Kindes?



Wir sind für Sie da:
Mo - Do: 7.00 - 19.00 Uhr · Fr: 7.00 - 15.00 Uhr
Sa: 8.30 - 13.00 Uhr
Kurfürstenstraße 86 · 56218 Mülheim-Kärlich
Fon: (0 26 30) 9 45 00 · Fax: (0 26 30) 94 50 20
info@dr-dortmann.de · www.dr-dortmann.de

Unsere Partner:

DI GENNAR®

zahnärztliche Versorgung Kinder

albert
zahntechnik