

**Fragebogen für die Kinderbehandlung**

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_

Familiäres Umfeld:

Haben Sie als Eltern Angst wenn Sie zum Zahnarzt gehen?

\_\_\_\_\_

Stufen Sie ihr Kind eher als ängstlich ein? (z.B Dunkelheit, Arztbesuch...)

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister? In welchem Alter? Sind diese eher ängstlich?

\_\_\_\_\_

Generelle Ängste Ihres Kindes:

	Ja	Nein
Angst vor dem ersten Schultag/Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst bei Haarschneiden/Haarewaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst bei Nägelschneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor Wasser/Schwimmunterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ängste Ihres Kindes speziell beim Zahnarzt:

(Bitte Symbol ankreuzen:      😊 = keine Angst      😐 = unwohles Gefühl      😞 = grosse Angst)

Geräusche	😊	😐	😞
Gerüche	😊	😐	😞
Geschmack	😊	😐	😞
Instrumente	😊	😐	😞
Pieks von Spritze	😊	😐	😞
Taubheitsgefühl von Spritze	😊	😐	😞

Vorerfahrung beim Arzt/Spital/Zahnarzt

\_\_\_\_\_

- Trauma durch
- Schmerz
  - Festhalten
  - Falsche Versprechungen („Es tut überhaupt nicht weh“)
  - Negative Äusserungen, Schimpfen
  - \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie unseren Praxisbrief mit Vorbereitungsleitfaden für die Eltern erhalten und gelesen zu haben und erklären sich mit unserer Praxisphilosophie einverstanden.

Datum

Unterschrift

**Anamnese**

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

*Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.*

*Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Gegebenenfalls bitte **einkreisen**)*

	Ja	Nein
1. Wurden Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen gemacht?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung? <input type="checkbox"/> Herzpass seit:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, Lungenerkrankungen, Schwierigkeiten mit der Atmung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lernschwäche oder Sprachprobleme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leber- oder Nierenerkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihr Kind schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Spastik oder veränderter Muskeltonus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hörprobleme oder Taubheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sehschwäche oder Blindheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tumore oder bösartige Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Blutkrankheiten? Blutet ihr Kind länger als üblich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leidet Ihr Kind unter anderen Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äussern sich diese?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nimmt Ihr Kind <b>regelmässig</b> Medikamente ein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?.....		
18. Musste Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente zu sich nehmen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?.....		
19. Gibt oder gab es in Ihrer Familie einschneidende Veränderungen wie Todesfall, Scheidung, Geburt eines Geschwisterchens oder Ähnliches?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zahnmedizinische Anamnese**

1. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatte Ihr Kind bereits einmal eine Zahnsanierung in Vollnarkose?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ernährungsgewohnheiten und Habits**

1. Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt/mit der Flasche ernährt?.....		
2. Was war/ist in der Flasche?..... Wird nachts die Flasche gegeben? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Isst/trinkt Ihr Kind oft Süsses?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hat/hatte Ihr Kind besondere Gewohnheiten wie Nuggi, Fingerlutschen, Bleistiftkauen, Lippenbeissen, Fingernägelkauen?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, Daten oder Befunde aus der Krankengeschichte meines Kindes gegenüber anderen Medizinalpersonen mitzuteilen oder anzufordern. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.*

Datum:

Unterschrift:

---

**Patientenanmeldung**

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Geschlecht:  m  w

*Mutter:*

*Vater:*

Name:..... Name:.....

Vorname:..... Vorname:.....

Beruf:..... Beruf:.....

Adresse:..... PLZ/Ort:.....

Tel. P:..... Mobile:..... (wird für Terminvereinbarung genutzt!)

Ich wünsche den Recall (Aufgebot)  per Brief (Post)  per sms (auf obige Mobile-Nummer)

Nationalität:..... Niederlassungsstatus:  C  B  F/Asyl

Welche Kindergarten-/Schulstufe besucht Ihr Kind?.....

**Kostenträger:**

Selbstzahler  Sozialamt  Asylorganisation (N-Nr.:.....)

Kontaktperson:..... Tel.:.....

Ergänzungsleistung AHV/IV

**Kinderarzt / Hausarzt:**

Name:..... Tel.:..... Adresse/Ort:.....

**Krankenkasse:**

Name:..... Mitglieder-Nr.:.....  Zahnzusatzversicherung

**Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch?**

Schmerzen  Beratung  Zweitmeinung  Unfall  sonstiges.....

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Kinderarzt  Zahnarzt  Bekannte  Internet  anderes.....

*Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung erforderlichen Daten an die Krankenkasse (oder andere Verrechnungsstelle / Inkassounternehmen) weiterzuleiten.*

Datum:

Unterschrift:

---