

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 Haareschneiden/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. Autismus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lernschwäche oder Sprachprobleme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leber- oder Nierenerkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatte Ihr Kind schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spastik oder veränderter Muskeltonus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hörprobleme oder Taubheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sehschwäche oder Blindheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tumore oder bösartige Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blutkrankheiten? Blutet ihr Kind länger als üblich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leidet Ihr Kind unter anderen Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äussern sich diese?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?..... Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Musste Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente zu sich nehmen? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 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?.....
- 2. War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?.....
- 3. Hatte Ihr Kind bereits einmal eine Zahnsanierung in Vollnarkose?.....

Ernährungsgewohnheiten und Habits

- 1. Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt/mit der Flasche ernährt?.....
- 2. Wer putzt Ihrem Kind die Zähne? Wie oft?.....
- 3. Was isst/trinkt Ihr Kind zwischendurch (neben Hauptmahlzeiten).....
- 4. Hat/hatte Ihr Kind besondere Gewohnheiten wie Nuggi, Fingerlutschen,
Bleistiftkauen, Lippenbeissen, Fingernägelkauen? (bitte zutreffendes unterstreichen)

Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, Daten oder Befunde aus der Krankengeschichte meines Kindes gegenüber anderen Medizinalpersonen und Versicherungen 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:.....

Ich wünsche den Recall (Aufgebot) per Post (+ Fr. 1.50.-) per sms

Ich wünsche die Rechnung / KV per Post (+ Fr. 1.50.-) per E-Mail.....

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:
