

Zahnarztpraxis Dr. Peter Wellerling

Liebe Eltern,

Kinder mit gesunden Milchzähnen können zu 90% zahngesund im Leben bleiben. Die zahnärztliche Vorsorge für einen gesunden Kindermund ist also eine Investition in das Leben Ihres Kindes.

Damit wir Ihr Kind zahnärztlich gut versorgen können und damit **der Zahnarztbesuch für Ihr Kind zu einer guten Erfahrung wird**, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Lesen Sie die nachfolgend aufgeführten Punkte in aller Ruhe durch. Sollten sie nach dem gründlichen Durchlesen unserer Bitten noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte **vor** dem nächsten Termin darauf an.

- Vereinbaren Sie Termine bitte möglichst zu Tageszeiten, zu denen Ihr Kind normalerweise „gut drauf“ ist.
- Bleibt Ihr Kind wie angestrebt zahngesund im seinem Milchgebiss, wird es weder Zahnschmerzen noch traumatische Zahnbehandlungen kennen lernen. Achten Sie darauf, dass in der Anwesenheit Ihres Kindes keine „Horrorgeschichten“ über Zahnbehandlungen erzählt werden. Ihr Kind kann zwar den Inhalt des Gespräches noch nicht verstehen, aber es fühlt die damit verbundenen negativen Emotionen. Nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind **Vertrauen**. Dieses Vertrauen ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung.
- Im Gegensatz zum Kinderarzt steht bei uns nicht die Untersuchung Ihres Kindes im Vordergrund, sondern die Beratung der Eltern. Kinder unter 3 Jahre sind gesund entwickelt, wenn sie die Untersuchung verweigern! Deshalb arbeiten wir
 1. über Sie zu Ihrem Kind: Für Sie wird ihr Kind den Mund aufmachen und wir dürfen mit hineinschauen. Lassen Sie ihrem Kind dafür Zeit, denn es muss sich erst an die fremde Umgebung gewöhnen. Es braucht für die gleiche Aufforderung mehr Zeit als zuhause. Haben Sie Geduld. Oft müssen wir Erwachsene Ihrem Kind nur Zeit schenken, damit es mitmacht.
 2. Vorrangig sind Sie unser Gesprächspartner. Der Anamnesebogen ist dafür die Grundlage.
 3. Sie erhalten von uns die Informationen, damit Ihr Kind zahngesund bleibt. Wir überreichen Ihnen „die Schlüssel für lebenslange Zahngesundheit“.
- Bitte bringen Sie alle Unterlagen zum Termin mit.
- Brauchen Sie unsere Hilfe beim Ausfüllen, sprechen Sie uns bitte an.
- Frühuntersuchungen ab dem ersten Lebensjahr sind Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherungen

Vielen Dank!

Dr. Peter Wellerling, Dr. Natalie Berens

Gesundheitsfragebogen für Kinder von Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
bei welchem Arzt? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Leidet es an Allergien(Jod?), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
- Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder epileptiforme Anfälle? Ja Nein
Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
- Blutet es lange bei Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen) Ja Nein
Leidet es an Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV, TBC) Ja Nein
andere Erkrankungen _____ Ja Nein
- Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Hier noch ein Hinweis:

Wir möchten Sie darin unterstützen, dass Ihr Kind kariesfrei bleibt und fröhlich und ohne Angst zu uns in die Praxis kommt. Die folgenden Seiten helfen uns dabei, das Kariesrisiko Ihres Kindes einzuschätzen und Ihnen gegebenenfalls Prophylaxemaßnahmen vorzuschlagen, die das Kariesrisiko senken.

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

Datum

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten

Gesundheitsfragebogen Teil 2

1. Alter des Kindes (Monate): _____
2. Wann sind die ersten Zähnchen gekommen? _____ Monate
3. Und wie viele Zähne hat Ihr Kind jetzt?
 keine 1 - 2 Zähne mehr als 2 Zähne weiß nicht
4. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne oder massieren Sie den zahnlosen Kieferkamm?
 gar nicht manchmal 1x täglich 2 – 3 x täglich
5. Womit putzen Sie Ihrem Kind die Zähne/massieren Sie den zahnlosen Kieferkamm?
 Fingerling Zahnbürste anderes: _____
Bringen Sie den Fingerling, die Zahnbürste, o.a. bitte mit.
6. Wann putzen Sie die Zähne Ihres Kindes/massieren Sie den zahnlosen Kieferkamm?
 morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
7. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
 gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)
Name der Zahnpasta: _____ oder bringen Sie die Tube bitte mit.
8. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
9. Wird Ihr Kind gestillt? ja nein
10. Wird Ihr Kind mit der Flasche gefüttert? ja nein
11. Erhält Ihr Baby abwechselnd die Brust und die Flasche?
12. Wie häufig wird ihr Kind gefüttert? alle _____ Stunden nach Bedarf
13. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Flüssigkeit zum Trinken? ja nein
wenn ja, wie viel? _____ ml
wenn ja, woraus? Teelöffel Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz
14. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

15. Welche Getränke bekommt Ihr Kind zurzeit wie häufig? (bitte ankreuzen)

	1 x wöchentl.	1-2x täglich	3-6 x täglich	> 6 x täglich	nachts
Wasser					
ungesüßter Tee					
gesüßter Tee					
Baby-Tee (Granulat)					
Milch					
Kakao					
Gemüsesäfte					
Obstsäfte					
Schorlen					
Limonade					
Eistee					
sonstiges Getränk:.....					

16. Bekommt Ihr Kind schon Beikost?

Wenn ja, welche? _____

17. Besucht Ihr Kind bereits eine Kindertagesstätte?

wenn ja, welche _____ und wie lange? Von ____ Uhr bis ____ Uhr.

Welche Getränke werden dort angeboten? _____

Gibt es dort den Zuckerfreien Vormittag? _____

18. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/ lutscht am Daumen : nein tags, wenn es müde ist

häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Schnullert es / lutscht es **nachts** am Daumen? ja nein

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein

19. Wenn Ihr Kind einen Schnuller benutzt, dreht es den Schnuller? ja nein
welchen Schnuller benutzt es? _____ Welche Größe? _____

20. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
wenn ja, wann? _____ warum? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

20. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? keine

Hat Ihr Kind bei einer ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung bereits Schmerzen erfahren?

Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?
(z.B. außergewöhnliche Lebensumstände)

Patienten-Aufnahmebogen

Nachname, Vorname (Patient/in)

Nachname, Vorname (Versicherter)

Adresse

Telefon: privat

mobil

geschäftlich

Kinderarzt / Kinderärztin - Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Adresse

- Die Patientendaten werden bei uns elektronisch gespeichert. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis bzw. Dr. Welling mit mitbehandelnden Ärzten und Zahnärzten Kontakt aufnimmt, um Befunde oder Unterlagen anzufordern oder zu übermitteln und die Behandlung zu besprechen oder darüber zu informieren
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum