

Zahnarztpraxis Dr. Peter Welling

Liebe Eltern,

wie Sie sicher wissen, ist die Betreuung und insbesondere die zahnärztliche Behandlung von Kindern eine wichtige und zugleich sehr anspruchsvolle Aufgabe. 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.
- Erzählen Sie bitte keine „Horrorgeschichten“ über Zahnbehandlungen und drohen Sie nicht mit einem „Zahnarztbesuch“. Nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind **Vertrauen**.
- Vermeiden Sie bitte Verneinungen, wenn Sie von der Behandlung sprechen. Sätze wie z.B.: Du brauchst überhaupt **keine Angst** zu haben, der Zahnarzt tut dir überhaupt **nicht weh**; und du brauchst dir die **Spritze nicht anzuschauen**, aktivieren bei Ihrem Kind die Vorstellung von **Angst-weh-Spritze!** Benutzen Sie statt dessen **positive Formulierungen**, wie z.B.
Der Zahnarzt hilft dir, dass deine Zähne ganz gesund bleiben oder wieder heile werden und dass sie schön aussehen.
- Versprechen Sie bitte keine großen Belohnungsgeschenke! Gerade Dinge, die sich Ihr Kind sehr wünscht, setzen es unter Druck. Wir sorgen von unserer Seite immer für eine angemessene Belohnung durch Loben oder kleine Geschenke nach der Prophylaxesitzung oder einer Zahnbehandlung.
- Schimpfen Sie bitte nicht **vor, während oder nach** einer Behandlung mit Ihrem Kind. Loben Sie es stattdessen, aber nur für das, was es auch wirklich gut gemacht hat; selbst wenn es nur eine winzige Kleinigkeit in einer ansonsten noch nicht so erfolgreichen Behandlungssitzung gewesen sein sollte. Haben Sie Geduld in der Eingewöhnungsphase.
- Ihre Anwesenheit ist uns im Behandlungszimmer willkommen, bei Kindern unter 3 Jahren sogar nötig. Da Ihr Kind sich immer nur auf eine Person konzentrieren kann und wir seine uneingeschränkte Aufmerksamkeit **während der Behandlung** benötigen, sprechen Sie bitte Ihr Kind während der Behandlung nicht an, es sei wir bitten Sie darum.
- Bitte bringen Sie beiliegenden Fragebogen zum Behandlungstermin mit oder schicken ihn vorab an uns zurück. Brauchen Sie unsere Hilfe beim Ausfüllen, rufen Sie uns bitte an.

Vielen Dank!

Dr. Peter Welling, Dr. Natalie Berens

Gesundheitsfragebogen für Kinder ab dem vollendeten 3. Lebensjahr bis Schulbeginn

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 Schilddrüsenenerkrankungen? 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 Vorsorgeuntersuchungen und ab dem 6. Geburtstag 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 Erziehungsberechtigte/r

1. Alter des Kindes: _____

2. Wann sind die ersten Zähnen gekommen? _____ Monate und wie viele Zähne hat Ihr Kind jetzt?
 Das Milchgebiss besteht aus 20 Zähnen: in jeder Kieferhälfte 5 Zähne (2 Frontzähne, 1 Eckzahn, 2 Backenzähne)
 - alle Milchschnitzzähne (4 im Oberkiefer, 4 im Unterkiefer)
 - alle Milchzahnzähne (je Kieferhälfte 1 Eckzahn)
 - alle Milchbackenzähne (je Kieferhälfte 2 Milchmolaren)
 - folgende bleibende Zähne sind vorhanden _____

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?
 - Eltern
 - Kind
 - Eltern und Kind

4. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
 - gar nicht
 - manchmal
 - 1 x täglich
 - 2 x täglich

5. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
 - morgens
 - mittags
 - abends
 - vor den Mahlzeiten
 - nach den Mahlzeiten

6. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
 - Handzahnbürste
 - elektrische Zahnbürste
 - Zahnseide

7. Wann übt Ihr Kind die KAI^{plus} Systematik?
 - morgens
 - im Kindergarten
 - abends

8. Womit übt ihr Kind KAI^{plus}?
 - Handzahnbürste
 - elektrische Zahnbürste

9. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
 - gar keine
 - fluoridfreie
 - Kinderzahnpasta (maximal 500 ppm Fluorid)
 - Juniorzahnpasta (1000 – 1500 ppm Fluorid)
 - Erwachsenenzahnpasta

Name der im Moment verwendeten Zahnpasta _____ weiß nicht

Bringen Sie die Tube eventuell bitte mit.

Weitere fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte _____

Bringen Sie die Tube oder Flasche bitte mit.

10. Wissen Sie noch, in welchem Alter Sie mit dem Zähneputzen bei Ihrem Kind begonnen haben?
 _____ (Jahr/e +/oder Monat/e)

11. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht

12. Bekommt Ihr Kind **nachts** (von 21 Uhr – 7 Uhr) noch etwas zu trinken? ja nein
 welches Getränk? _____ und wie oft? _____

13. Aus was trinkt Ihr Kind nachts?
 - Tasse/Becher/Glas
 - Tasse/Becher mit Schnabel
 - Radlerflasche/Flasche mit Ventilverschluss
 - Nuckelflasche
 - andere: _____

14. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einem Becher/Glas/Tasse? _____ (Jahr /Monat)

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

| | <i>1 x wöchentl.</i> | <i>1-2x täglich</i> | <i>3-6 x täglich</i> | <i>nachts</i> |
|----------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| Wasser/Mineralwasser | | | | |
| ungesüßter Tee | | | | |
| mit gesüßter Tee | | | | |
| Milch | | | | |
| Kakao | | | | |
| Obstsäfte oder Gemüsesäfte | | | | |
| Schorlen | | | | |
| Limonade | | | | |
| Eistee | | | | |
| sonstiges Getränk: | | | | |

16. Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte?
wenn ja, welche _____ und wie lange? Von _____ Uhr bis _____ Uhr.

Welche Getränke werden dort angeboten? _____

Gibt es dort den Zuckerfreien Vormittag? _____

Darf Ihr Kind dort die KAI Systematik üben? ja nein

17. 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 die ganze Nacht am Daumen? ja nein

18. Wenn Ihr Kind einen Schnuller benutzt, dreht es den Schnuller? ja nein
welchen Schnuller benutzt es? _____ Welche Größe? _____
Bringen Sie den Schnuller bitte mit.

19. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
wenn ja, ab welchem Alter? _____ warum? _____

20. Hat Ihr Kind Angst? Vor was? _____

Beim Zahnarzt: vor was?

- Schmerz Geräusch Geschmack weiße Kleidung Mundschutz
- Piks bei Spritze Anblick der Spritze Gefühl während der Spritze Gefühl hinterher
- Instrumente Behandlungslampe Behandlungsstuhl sitzend Behandlungsstuhl liegend

anderes: _____

21. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

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

23. Falls es schlechte Erfahrungen gibt: Wodurch sind diese ausgelöst worden? (z.B. Schmerzen, Spritze, Festhalten, falsche Versprechungen) _____

24. Hat Ihr Kind in den letzten zwei Jahren bei ärztlichen/zahnärztlichen Behandlungen Schmerzen erfahren?

25. Hat Ihr Kind schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? ja nein

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

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

Datum

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Die Patientendaten werden bei uns elektronisch gespeichert. Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis 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.

Datum

Zahnarztpraxis Dr. Peter Welling
Neukirchenerstr. 30, 41470 Neuss
Tel.: 02137-70777