

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 denn, wir bitten Sie darum.
- Bitte bringen Sie den beiliegenden Fragebogen zum Behandlungstermin mit oder schicken Sie ihn einfach 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 Grundschul Kinder

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

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren. Wir möchten Sie deshalb bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Natürlich können Sie auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

- Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein
Wenn ja, wodurch ist diese in der Vergangenheit ausgelöst worden?

- Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung? Ja Nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? Ja Nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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 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? _____ Muttersprache: _____
Zahl und Alter der Geschwister _____
2. Wann sind die ersten Milchzähne Kindes gekommen? _____ Monate und wie viele bleibende Zähne hat Ihr Kind jetzt?
 Schneidezähne _____ Backenzähne _____ Eckzähne _____ weiß nicht
3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?
 Eltern Kind Eltern und Kind
4. Wie oft werden bei Ihrem Kind die Zähne geputzt (Eltern und Kind zusammen)?
 gar nicht 1 x täglich 2 x täglich öfter
5. Womit werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Zahnseide
6. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
 morgens mittags abends vor dem Essen nach dem Essen
7. Wann putzt sich Ihr Kind die Zähne regelmäßig?
 morgens mittags abends vor dem Essen nach dem Essen
8. Wie würden Sie die Zahnputzgewohnheiten Ihres Kindes einschätzen?
Wie gut putzt sich Ihr Kind die Zähne? sehr gut eher mittelmäßig schnell und oberflächlich/schlecht
Wie motiviert ist Ihr Kind, sich die Zähne gut zu putzen: sehr mittelmäßig gar nicht
9. Kennen Sie die KAI Systematik?
 ja nein aus dem Kindergarten aus der Schule
10. Übt Ihr Kind die KAI Systematik?
 morgens abends nein
11. Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?
 gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta (maximal 500 ppm Fluorid)
 Juniorzahnpasta (1000 – 1500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (1000 – 1500 ppm Fluorid)
- Name der im Moment verwendeten Zahnpasta _____ weiß nicht
Bringen Sie eventuell die Tube bitte mit.
- Benutzt Ihr Kind weitere fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte _____
Bringen Sie die Tube oder Flasche bitte mit.
12. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht
13. Bitte geben Sie Ihre Einschätzung zu folgenden Aussagen:

Aussage	ganz falsch	richtig	weiß nicht
Eltern putzen die Zähne ihres Kindes jeden Tag sauber, bis das Kind die Schreibrschrift beherrscht.			
Kinder müssen sich ihre Zähne alleine sauber putzen.			
Wir als Eltern sind verantwortlich bei unserem Kind Karies zu verhindern.			
Der Zahnarzt ist verantwortlich Karies zu verhindern.			
Zahnpasta ist wichtig, damit die Zähne sauber werden.			
Ein Kind sollte zum Zähneputzen gezwungen werden.			
Ich weiß, wie man Kindern die Zähne putzt.			

14. Lutscht Ihr Kind noch am Daumen oder benutzt es noch einen Schnuller? ja nein
Wenn ja, zu welchen Gelegenheiten / Zeiten? _____
15. Falls Ihr Kind einen Schnuller benutzt, welchen Schnuller benutzt es? _____
Welche Größe? _____ Dreht es den Schnuller? ja nein, Bringen Sie den Schnuller bitte mit
16. Bekommt Ihr Kind nachts (von 21 Uhr – 7 Uhr) noch etwas zu trinken? ja nein
welches Getränk? _____ und wie oft? _____
17. Aus was trinkt Ihr Kind nachts? Tasse/Becher/Glas Radlerflasche/Flasche mit Ventilverschluss
 Tasse/Becher mit Schnabel andere: _____
18. Denken Sie, dass spezielle Kinderprodukte (Lebensmittel, Getränke) besonders gesund sind ja nein

19. Welche Produkte 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>in der Schule</i>	<i>nachts</i>
Wasser/Mineralwasser					
ungesüßter Tee					
mit gesüßter Tee					
Milch					
Kakao					
Obstsäfte oder Gemüsesäfte					
Schorlen					
Limonade, Cola					
Eistee					
sonstiges Getränk:					

20. Aus was trinkt Ihr Kind in der Schule? Tasse/Becher/Glas Radlerflasche/Flasche mit Ventilverschluss
 Flasche mit Schraubverschluss andere: _____

21. Was geben Sie Ihrem Kind als Pausenfrühstück mit in die Schule?

22. Wird in der Schule Ihres Kindes auf einen zuckerfreien Vormittag Wert gelegt?

23. Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung oder Hausaufgabenbetreuung? ja nein

wenn ja, von _____ Uhr bis _____ Uhr.

Welche Getränke werden dort angeboten? _____ keine

24. Kaut Ihr Kind gerne Kaugummi? ja nein

wenn ja, was für Kaugummi: Zahnpflegekaugummi zuckerfreien Kaugummi
 zuckerhaltigen Kaugummi weiß nicht

25. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein

wenn ja, ab welchem Alter? _____ warum? _____

26. Hat Ihr Kind Angst? Wenn ja, vor was? _____

Hat Ihr Kind Angst beim Zahnarzt? Wenn ja, 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: _____

27. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

28. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt, Arzt oder in der Klinik? keine

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

30. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Malen, Spiele, Sport, Bücher)

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

32. 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)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Krankenkasse / **bitte auch private
Zusatzversicherung angeben**

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)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

- 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.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r