

**Liebe Eltern,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihr Kind individuell betreuen und die optimale Therapie wählen. Hierfür benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu der Gesundheit Ihres Kindes und gern auch Zusatzangaben zu besonderen Interessen und Lebenssituation Ihres Kindes. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Dieser Fragebogen ersetzt keinesfalls ein persönliches Gespräch und natürlich müssen Sie nicht alle Fragen beantworten. Gibt es besonders sensible Themen, die Sie nicht in Gegenwart Ihres Kindes besprechen wollen, dürfen Sie uns das telefonisch gerne mitteilen und einen gesonderten Termin vereinbaren.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Trotzdem kann es durch medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen dazu führen, dass Termine nicht exakt eingehalten werden können. Wir bitten dafür um Ihr Verständnis. Halten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht ein, so sagen Sie bitte frühzeitig ab, spätestens aber 24 Stunden, da wir Ihnen andernfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

**Persönliches**

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

**Informationen zum Versicherten/Zahlungspflichtigen**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

**Krankenversicherung**

Krankenkasse oder Versicherung

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin gesetzlich versichert                         | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert          | <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert      |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert                       | <input type="checkbox"/> Ich bin Basis-Tarifn-Versicherte/r | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherter |
| <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt |   | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt         |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                              |   |   |

**Kinderarzt**

Name, Anschrift, Telefon

**Wichtige Informationen**

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Welche Erwartungen verbinden Sie mit dem Termin?

## Allgemeine Anamnese

Wo wird Ihr Kind überwiegend betreut? Zuhause / sonstiges (Oma, Kinderhort...)

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten bzw. hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? Ja/Nein

Welche Schule (Schultyp) besucht Ihr Kind?

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Leidet/Litt Ihr Kind an schweren Allgemeinerkrankungen?

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? Welche Säuglingsnahrung wurde gefüttert?

Wann hat Ihr Kind begonnen mit dem Laufen

Sprechen

Schlafen ohne Windel

Hat sich Ihr Kind sonst normal entwickelt? Gab es Besonderheiten?

Hat Ihr Kind besondere Interessen oder Hobbies?

## Spezielle Anamnese

Wann kam der erste Milchzahn?

bleibende Zahn?

Gibt es Besonderheiten an Zähnen oder Kiefer? Wenn ja, welche? Sind diese in ähnlicher Form bereits bei Familienangehörigen beobachtet worden?

Schnarcht Ihr Kind? Wenn ja, regelmäßig?

Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?

Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes? Kooperativ, ängstlich, aber möglich, Verweigerung

Gibt es Schlüsselreize für Ihr Kind, was die Zahnbehandlung angeht, z.B. gezielte Ängste oder Besonderheiten wie Würgereiz?

## Familienanamnese

Haben Sie weitere Kinder? Wenn ja, wie viele, wie alt?

Gibt es bei Ihnen oder den Geschwisterkindern Besonderheiten (z.B. Krankheiten, Zähne, Kiefer...)? Ja / nein / Welche?

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und Stimme der Speicherung meiner Daten und der meines Kindes ausdrücklich zu.**

Hamburg, den

Unterschrift:

**Falls nur ein Elternteil anwesend ist, füllen Sie bitte nachfolgende Erklärung aus:**

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete diesen.

Unterschrift:

Um Sie auch zum Thema Ernährung und Mundhygiene Ihres Kindes optimal beraten zu können, bitten wir Sie im Vorwege darum, folgende Fragen zu beantworten.

Wann wurde mit dem Zähneputzen begonnen?

Welche Zahnpasta/Zahnbürste wird benutzt? Mit oder ohne Fluorid?

Wann wird geputzt? Putzt Ihr Kind selbst, bekommt es Hilfe?

Wurden/werden Ihrem Kind Fluoridtabletten verabreicht? Ja/Nein, ggf. von wann bis wann

Verwenden Sie im Haushalt fluoridiertes Speisesalz oder wird in dem Haushalt, in dem Ihr Kind überwiegend Essen bekommt, fluoridiertes Speisesalz verwendet?

Hatte Ihr Kind eine Saugerflasche zum selbständigen Trinken und/oder zum Einschlafen?

Isst Ihr Kind gern Süßigkeiten? Ja/Nein

Wenn ja, wie oft? Selten/1x pro Tag/Mehrmals täglich

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Was isst Ihr Kind im Kindergarten / in der Schule?

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen/Abendessen?

Sonstige wichtige Informationen: