

## Zahnarztpraxis Dr. Peter Wellerling

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.
- Bleibt Ihr Kind wie angestrebt zahngesund im seinem Milchgebiss, wird es weder Zahnschmerzen noch traumatische Zahnbehandlungen kennen lernen. Erzählen Sie daher bitte keine „Horrorgeschichten“ über Zahnbehandlungen und drohen Sie nicht mit einem „Zahnarztbesuch“. Nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind **Vertrauen**. Dieses Vertrauen ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung.
- **Kinder unter 3 Jahren bauen spontan noch keine Bindung zu fremden Personen auf.** Sie sind gesund entwickelt, wenn sie Behandlung 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 neugierig, und interessiert mitmacht.
  2. Sie sind an erster Stelle 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 ausgefüllt zum Termin mit.
- Brauchen Sie unsere Hilfe beim Ausfüllen, sprechen Sie uns bitte an.

**Vielen Dank!**

**Dr. Peter Wellerling, Dr. Natalie Berens**

## Gesundheitsfragebogen für Kinder vom abgeschlossenen 1. Lebensjahr bis zum Ende des 3. Lbj.

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 im letzten Jahr 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 des Sorgeberechtigten

1. Alter des Kindes (Monate): \_\_\_\_\_
2. Wann sind die ersten Zähnchen gekommen? \_\_\_\_\_ Monate und wie viele Zähne hat Ihr Kind jetzt?  
 alle Schneidezähne       alle Eckzähne       alle Backenzähne       weiß nicht
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 – 3 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. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?  
 gar keine     fluoridfreie     Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)       Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)

Name der Zahnpasta \_\_\_\_\_ Bringen Sie eventuell die Tube bitte mit.

8. In welchem Alter haben Sie mit dem Zähneputzen bei Ihrem Kind begonnen? \_\_\_\_\_ (Jahr/e +/oder Monat/e)
9. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?       ja       nein       weiß nicht
10. Geben Sie ihrem Kind Flouridtabletten?       ja       nein
11. Bekommt Ihr Kind **nachts** (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken?  ja       nein  
wenn ja: wie?       Brust  Flasche       Becher mit Trinkaufsatz       andere: \_\_\_\_\_  
welches Getränk? \_\_\_\_\_

12. 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/Mineralwasser					
ungesüßter Tee					
mit ..... gesüßter Tee					
Baby-Tee (Granulat)					
Milch					
Kakao					
Gemüsesäfte					
Obstsäfte					
Schorlen					
Limonade					
Eistee					
sonstiges Getränk:					

13. Aus was trinkt Ihr Kind tagsüber?  
 Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz  
 Glas  Nuckelflasche  andere: \_\_\_\_\_
14. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? \_\_\_\_\_ (Jahr /Monat)
15. 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
16. 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
17. Wenn Ihr Kind einen Schnuller benutzt, dreht es den Schnuller?  ja  nein  
welchen Schnuller benutzt es? \_\_\_\_\_ Welche Größe? \_\_\_\_\_  
Bringen Sie den Schnuller bitte mit.
18. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?  ja  nein  
**wenn ja**, wann? \_\_\_\_\_ warum? \_\_\_\_\_
19. Hat Ihr Kind Angst? Wenn ja, vor was? \_\_\_\_\_
20. 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
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