



PRAXIS FÜR ZAHNGESUNDHEIT
DR. MED. DENT. A. & D. KUROSZCZYK
UND KOLLEGEN
ZAHNÄRZTE

Kinder und Jugendliche

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Straße / Nr. _____ Telefon _____
Krankenkasse / Kostenträger _____

Versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Straße / Nr. _____ Telefon _____
Erziehungsberechtigte? Vater Mutter Sonstige _____
Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____
Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch: _____

Bisheriger Zahnarzt? _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund- / Kieferbereich? ja nein

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Hörstörungen | <input type="radio"/> Spastik | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="radio"/> Rheuma / rheumatisches Fieber |
| <input type="radio"/> Nervenerkrankungen | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="radio"/> geistige Verzögerung | <input type="radio"/> geistige Behinderung | <input type="radio"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperation/en Sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein

Anamnese der Eltern:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu...

	Vater:	Mutter:
Karies?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnstein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnarztangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Essgewohnheiten Ihres Kindes:

- Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ja nein
Wenn ja, wie oft? selten 1x pro Tag mehrmals täglich
- Was bevorzugt Ihr Kind zum Frühstück?
- Getränke: Tee / Kaffee mit Zucker Tee / Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte
 Sonstiges: _____
- Nahrung: Brot Butter Marmelade Nutella Käse Wurst Müsli
 Cornflakes Obst Süßigkeiten Sonstiges: _____
- Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte) _____
- Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit? Kuchen Süßigkeiten Chips, Salzstangen, etc. belegtes Brot Obst
- Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte) _____

- Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? (Mineral-) Wasser Limonade, gezuckert Tee Milch Kakao
 Fruchtsäfte Coca Cola Sonstiges: _____

Zahnpflege:

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen vorm zu-Bett-gehen
- Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahnholzchen Zahnzwischenraumbürstchen
- Zahnpasta: Name: _____ mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoridzufuhr:

- Werden/ wurden D-Fluoretten gegeben? ja nein
Von wann - bis wann? _____
- Zymafluor? ja nein
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? ja nein Wann, wie oft? _____
- Wird fluoridierte Mundspülung angewendet? Wann, wie oft? _____
- Fluoridierung beim Zahnarzt? ja nein
- Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt? ja nein

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern:

- Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____
- Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____
- Trinkt Ihr Kind immer noch aus der Flasche? ja nein
 Wasser Limonade Fruchtsäfte Tee gesüßt Tee ungesüßt Früchtetee gesüßt Früchtetee ungesüßt
- Trinkt Ihr Kind aus dem Becher? ja nein
 Wasser Limonade Fruchtsäfte Tee gesüßt Tee ungesüßt Früchtetee gesüßt Früchtetee ungesüßt
 Milch Kakao

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!