

Milch&Krone

Schillerstraße 1 – 58511 Lüdenscheid
Telefon: 02351894980 – Telefax: 023518949829
hallo@milchundkrone.de

Kindersprechstunde

Sehr geehrte/r Erziehungsberechtigte/r,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Über wen ist das Kind versichert? Vater Mutter Sonstige
Name der Versicherung: _____ gesetzl. privat
Vor- und Nachname Versicherter: _____ Geburtsdatum.: _____
Adresse: _____

Wer ist Erziehungsberechtigte/r bzw. Sorgeberechtigte/r für das Kind?

nur Vater nur Mutter beide abweichende Person

Angaben zur abweichenden Person

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Tel. _____

Geb.Datum: _____

Ist Ihr Kind entspannt oder eher angespannt ?

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

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

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? Welches Anliegen haben Sie?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? social media Internet Freunde/Bekannte

Entwicklungsstand

Kam Ihr Kind zum Termin zur Welt? ja nein

Bekam es häufig Medikamente? ja nein

Hat Ihr Kind Geschwister? _____ Wie viele? _____ Alter? _____

Gesundheitszustand

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe? ja nein

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Welche Krankheiten hatte Ihr

Kind? _____

Ist der Impfschutz vollständig?

ja nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- Bluterkrankung Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC usw.)
 Gerinnungsstörung Hörschwäche Zuckerkrankheit Sehschwäche
 Atemwegserkrankung ADS / ADHS Rheumatische Erkrankungen Unfälle
 Lebererkrankungen Hauterkrankungen
 Krampfleiden (Epilepsie, etc.) Nierenerkrankungen Magen-Darm-Erkrankungen
 Allergien, wenn ja welche: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

ja nein

Welche: _____

Grund: _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund oder schnarcht es?

ja nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen/Finger oder nimmt es einen Schnuller?

ja nein

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt vom Kind selbst von den Eltern mit Hilfe der Eltern

Benutzen Sie:

- Kinderzahnpaste mit Fluorid Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid
 Fluoridgelee Mundspüllösung mit Fluorid Fluoridtabletten
 Fluoridierung beim Zahnarzt Kochsalz mit Fluorid

Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück

nach dem Mittagessen direkt nach dem Abendbrot vor dem Schlafen

Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Zahnseide andere Hilfsmittel

Ernährung

Ist Ihr Kind gestillt worden

ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Hat ihr Kind aus der Flasche getrunken?

ja nein

Wenn ja, wie lange? von: _____ bis: _____ noch immer?

Was war/ ist in der Flasche? _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? _____

Was isst Ihr Kind zwischendurch? _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser?

ja nein

Isst ihr Kind viel Süßes?

ja nein

Hat Ihr Kind ein Lieblingskuscheltier/Spielzeug? Verraten Sie uns den Namen? _____

Wünschen Sie per E-Mail (oder SMS) an Kontrolltermine erinnert zu werden? ja nein

Wenn ja, haben Sie uns eine E-Mailadresse (oder Handynummer) angegeben?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r