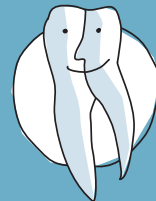


ZAHNARZTPRAXIS DR. STEFFEN KLABUNDE

BAHNHOFSTR. 107
D-27711 OSTERHOLZ-SCHARMBECK

☎ 04791 / 57790
🏠 www.praxis-klabunde.de

✉ klabunde@praxis-klabunde.de
📘 www.facebook.com/praxisklabunde



Liebe Eltern,

die Gesundheit Ihrer Kinder liegt uns sehr am Herzen. Da der erste Kontakt mit dem Zahnarzt oft prägend für alle zukünftigen Behandlungen ist, wollen wir Ihnen, und vor allem Ihrem Kind, den ersten Besuch so entspannt wie möglich gestalten. Wir legen Wert auf eine kindgerechte Atmosphäre mit viel Zeit und Aufmerksamkeit für Ihr Kind. So können wir in Ruhe Ihr Kind in Ruhe kennen lernen, Vertrauen schaffen und eine angstfreie Behandlung ermöglichen. Wir empfehlen ab einem Alter von 3 Jahren, alle 6 Monate einen Kontrolltermin für die Kinder zu vereinbaren. So sind beste Voraussetzungen für eine perfekte Mundgesundheit, optimale Verzahnung und regelmässige Putzkontrolle gewährleistet. Sie als Eltern können uns bei unserer Arbeit damit unterstützen, indem Sie aus dem Zahnarztbesuch keine „Staatsangelegenheit“ machen. Bitte meiden Sie Sätze wie „das tut gar nicht weh“, „Du brauchst keine Angst zu haben“, oder „Zahn ziehen“, „Spritze“ und „bohren“. Bei uns schlafen die Zähne ein, die Zähne bekommen ein Pflaster, und wir benutzen Zahnmagneten, um einen Zahn herauszukitzeln.

Wir freuen uns, wenn Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum ersten Termin mitbringen. So können wir uns in Ruhe auf Ihr Kind vorbereiten.

Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihr Praxisteam Dr. Steffen Klabunde

Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon der Eltern tagsüber
Hobby des Kindes	Lieblingstier	Liebungs-Kuscheltier (gerne mitbringen)

Name und Anschrift Ihres Kinderarztes

Name und Sitz Ihrer Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, wegen welcher Erkrankung?

Allgemein

Nimmt Ihr Kind Medikamente, wenn ja welche? _____ Seit wann? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja, gegen _____

Wie putzt Ihr Kind die Zähne: Kind putzt selber die Eltern putzen Kind putzt selber, Eltern putzen nach

Womit werden die Zähne geputzt: Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Zahnseide, Zahnzwischenraumbürste

Wie oft am Tag werden die Zähne geputzt? _____

Hat es negative Erfahrungen gemacht bei Zahnarzt/Kinderarzt/Krankenhaus, wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind ängstlich? ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein Wann? _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? ja nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen ja nein

Benutzen Sie fluoridiertes Kochsalz? ja nein

Nimmt Ihr Kind Fluorid? ja nein Tabletten, Fluoridgel

Ich versichere, dass die obigen Angaben der Richtigkeit entsprechen. Ich erkläre mich einverstanden mit der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes in der Praxis Dr. Steffen Klabunde. Ich bin grundsätzlich einverstanden mit zahnerhaltenden Massnahmen, der örtlichen Betäubung, der Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne, soweit diese Behandlungen aus zahnärztlicher Sicht notwendig sind. Unterschreibt nur ein Elternteil allein, so erklärt er/sie mit der Unterschrift sogleich, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern