



Patient

Name _____

Vorname _____

geb. am _____ Rufname _____

Versicherung _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Versicherter

Name _____

Vorname _____ geb. am _____

Ansprechpartner _____

Empfohlen von _____

Tel. _____

Mobil _____

Tel. geschäftlich _____

E-Mail _____

Besteht oder bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislaufkrankungen, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes mell. (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Infektionen (z.B. HIV, Hepatitis), welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Allergien, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Muß Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Welche sonstigen Erkrankungen bestehen zur Zeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?		_____
Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Gewohnheiten

Atmet Ihr Kind mehr als 6 Stunden am Tag und in der Nacht durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Hat Ihr Kind etwaige Lutschgewohnheiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Wenn ja, woran lutscht es?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Wie oft am Tag werden die Zähne geputzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Hobbys

Was hat Ihr Kind für Hobbys? _____

Datum _____

Unterschrift _____



Liebe Eltern,

Ihr Kind hat zum ersten Mal bei uns einen Zahnarzttermin.

Oberstes Ziel unserer Behandlungen ist es, Ihr Kind auf keinen Fall zu traumatisieren. Deshalb beinhalten die ersten Sitzungen ein Kennenlernen und ein langsames Heranführen an das zahnärztliche Umfeld. Sollte Ihr Kind ein Lieblingskuscheltier besitzen, kann es dieses zum ersten Termin mitbringen.

Falls es behandlungsbedürftige Zähne gibt, versorgen wir diese häufig erst mit „Probe- oder Übungsfüllungen“, um die Kinder dann auf die definitive Behandlung vorzubereiten. Die Folge kann allerdings sein, dass sie mehrere Termine in kürzerer Zeit bei uns haben. Wir sind also auf Ihre Mitarbeit angewiesen!

Natürlich hat jedes Kind seine eigene Persönlichkeit, auf die wir auch eingehen.

Wir bitten Sie:

- Ihre eigenen Ängste nicht auf Ihr Kind zu übertragen. Stellen Sie den Zahnarztbesuch als etwas ganz normales dar.
- Planen Sie bitte den ersten Termin bei uns an einem „stressfreien“ Tag für Ihr Kind (nicht zu viel Programm).
- Überlassen Sie uns besonders in schwierigen Situationen die Gesprächsführung, sonst ist es nicht möglich das Vertrauen Ihres Kindes zu gewinnen.

Ihre Kinder liegen uns besonders am Herzen.

Ab dem 3. Lebensjahr beginnen wir mit den Früherkennungsuntersuchungen. Sie beinhalten die Kontrolle der Zähne, sowie die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos.

Zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr bieten wir ein speziell auf die Kinder abgestimmtes Gruppenprophylaxe-Programm an. Der Unkostenbeitrag dafür beträgt pro Veranstaltung 10 Euro. Sie werden darüber gesondert informiert.

Ab dem 6. Lebensjahr beginnt die eigentliche Individualprophylaxe. Diese findet je nach Kariesrisiko, drei- bis viermal im Jahr statt und beinhaltet auch Fluoridierungsmaßnahmen.

Sie wird zweimal im Jahr (1x je Kalenderhalbjahr) von den gesetzlichen Kassen übernommen.

Wir sind der Meinung, dass dies nicht genug ist. Deshalb raten wir, mindestens dreimal im Jahr daran teilzunehmen, bei hohem Kariesrisiko sogar viermal. Die Kosten für diese Sitzungen betragen 32 Euro.

Alle Prophylaxeprogramme schließen zusätzliche regelmäßige zahnärztliche Kontrollen mit ein. Wenn Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam Klerx + Neumann

Datum _____

Unterschrift _____