



# Philip Kummerer

Dr. med. dent. | Zahnarzt

Liebe Eltern,  
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns.  
Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns  
auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

## PATIENT

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte  Vater  Mutter  Sonstige \_\_\_\_\_

Mein Kind geht in  den Kindergarten  die Schule  
 eine andere Einrichtung, nämlich \_\_\_\_\_

## WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## KRANKENKASSE Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  
 Standardtarif (1,7fach)  zusatzversichert  
 vollversichert  Anspruch auf Beihilfe

## IHR ZAHNARZTBESUCH

Grund des Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?  nein  ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch

Schmerz  Festhalten  Spritze  Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse, nämlich \_\_\_\_\_

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  nein  ja

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

## ZAHNPFLEGE

Wie würden Sie die Mundhygiene Ihres Kindes einschätzen?  optimal  mittel  schlecht

Putzen Sie regelmäßig nach?  nein  ja

## ERNÄHRUNG

Wie würden Sie die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes einschätzen?  optimal  mittel  schlecht

Was trinkt Ihr Kind am häufigsten? \_\_\_\_\_

Weitere Angaben auf der Rückseite...

bitte wenden >>

**TRIFFT EINE DER NACHFOLGENDEN KRANKHEITEN AUF IHR KIND ZU?**

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

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  nein  ja  
Wenn ja  angeborener oder erworbener Herzfehler  Herzoperation / en  Sonstiges \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  nein  ja Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?  nein  ja

Hatte es schwere Unfälle?  nein  ja

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  nein  ja

**ÄRZTLICHE BEHANDLUNG**

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja

Hausarzt \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**IHRE WÜNSCHE SIND UNS WICHTIG ...**

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an die bevorstehende Zahnbehandlung \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was hat ihr Kind bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

**MÖCHTEN SIE VON UNS REGELMÄSSIG AN DIE KONTROLLTERMINE IHRES KINDES ERINNERT WERDEN?**

ja  nein

Wenn ja, dann ...  telefonisch  per E-Mail  per SMS  per Postkarte

**ICH BIN AN EINER BERATUNG ZU FOLGENDEN THEMEN INTERESSIERT:**

Professionelle Zahnreinigung  individuelles Prophylaxeprogramm  Mundhygieneartikel  
6 bis 18 Jahre  Sonstiges \_\_\_\_\_

**WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?**

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

**KENNEN SIE UNSERE PRAXIS-INTERNETSEITEN UNTER WWW.ZAHNARZTPRAXIS-KUMMERER.DE?  nein  ja**

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis oder auf unserer Website bereit.

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir möchten, dass Sie ohne Angst zum Zahnarzt gehen, weil Sie wissen, was Sie erwartet. Deshalb geben wir Ihnen Gelegenheit, sich umfassend zu informieren – über unsere Praxis und unser Behandlungskonzept und über Zähne und Zahngesundheit ganz allgemein unter

[WWW.ZAHNARZTPRAXIS-KUMMERER.DE](http://WWW.ZAHNARZTPRAXIS-KUMMERER.DE)