

Liebe Eltern,

Kinder mit gesunden Milchzähnen bleiben zu 90% zahngesund im Leben. Die zahnärztliche Vorsorge für einen gesunden Kindermund ist also eine Investition in das Leben Ihres Kindes. Wie Sie sicher wissen, ist die Betreuung und insbesondere die zahnärztliche Behandlung von Kindern eine wichtige und zugleich sehr anspruchsvolle Aufgabe. Damit wir Ihr Kind zahnärztlich gut versorgen können und damit **der Zahnarztbesuch für Ihr Kind zu einer guten Erfahrung wird**, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Lesen Sie die nachfolgenden Punkte in aller Ruhe durch. Sollten sie nach dem gründlichen Durchlesen unserer Bitten noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte **vor** dem nächsten Termin darauf an.

- Vereinbaren Sie Termine bitte möglichst zu Tageszeiten, zu denen Ihr Kind normalerweise „gut drauf“ ist.
- Bleibt Ihr Kind wie angestrebt zahngesund in seinem Milchgebiss, wird es weder Zahnschmerzen noch traumatische Zahnbehandlungen kennen lernen. Achten Sie darauf, dass in Anwesenheit Ihres Kindes keine „Horrorgeschichten“ über Zahnbehandlungen erzählt werden. Ihr Kind kann zwar den Inhalt des Gespräches noch nicht verstehen, aber es fühlt die damit verbundenen negativen Emotionen. Drohen Sie auch nicht mit einem "Zahnarztbesuch", nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind **Vertrauen**. Dieses Vertrauen ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung.
- Im Gegensatz zum Kinderarzt steht bei uns nicht die Untersuchung Ihres Kindes im Vordergrund, sondern die Beratung der Eltern. Kinder unter 3 Jahren bauen spontan keine Bindung zu fremden Personen auf. Sie sind gesund entwickelt, wenn sie die Untersuchung verweigern! Deshalb arbeiten wir:
 - Über Sie zu Ihrem Kind: Für Sie wird ihr Kind den Mund aufmachen und wir dürfen mit hineinschauen. Lassen Sie ihrem Kind dafür Zeit, denn es muss sich erst an die fremde Umgebung gewöhnen. Es braucht für die gleiche Aufforderung mehr Zeit als zuhause. Haben Sie Geduld. Oft müssen wir Erwachsene Ihrem Kind nur Zeit schenken, damit es mitmacht.
 - Vorrangig sind Sie unser Gesprächspartner. Der Anamnesebogen ist dafür die Grundlage.
 - Sie erhalten von uns die Informationen, damit Ihr Kind zahngesund bleibt. Wir überreichen Ihnen „die Schlüssel für lebenslange Zahngesundheit“.
- Bitte schicken Sie beiliegenden Fragebogen unterschrieben vor Ihrem Termin an uns zurück oder bringen Sie alle Unterlagen zum Termin mit.
- Brauchen Sie unsere Hilfe beim Ausfüllen, rufen Sie uns bitte an.

Vielen Dank!

Ihr WedeDent-Team

Persönliche Angaben für _____
(Name des Kindes)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anzahl an Geschwistern: _____ Wie alt sind die Geschwister: _____

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (tagsüber): _____

Bei welcher Krankenkasse ist ihr Kind versichert? _____

Ist ihr Kind beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Hat ihr Kind eine private Zahnzusatzversicherung? ja nein

Über wen ist ihr Kinder versichert?

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum: _____

Wer hat uns empfohlen / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Weswegen: _____
Hausarzt / Kinderarzt: _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Leidet es an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
- Verträgt Ihr Kind Latex? (Luftballons, Gummihandschuhe) Ja Nein
- Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
- Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder epileptiforme Anfälle? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
- Blutet es lange bei Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen) Ja Nein
- Leidet es an Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV, TBC) Ja Nein
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Wie viele Zähne hat Ihr Kind?

- keine 1 - 2 Zähne mehr als 2 Zähne weiß nicht

1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht manchmal 1x täglich 2 - 3 x täglich

2. Mit was putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- Taschentuch Zahnbürste anderes: _____

3. Wann putzen Sie die Zähne Ihres Kindes regelmäßig?

- morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

4. Welche Zahnpasta verwenden Sie?

- gar keine Kinderzahnpasta (mit max 500ppm Fluorid)
 fluoridfreie Zahnpasta Junior / Erwachsenenzahnpasta

5. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

- ja nein

6. Wird Ihr Kind gestillt?

- ja nein

7. Erhält Ihr Kind die Flasche?

- ja nein

8. Erhält Ihr Baby abwechselnd die Brust und die Flasche geben Sie bitte das Verhältnis pro 24 h an:
(z.B. 1x Flasche, 2x Brust) _____ x Flasche, _____ x Brust

9. Wie häufig wird ihr Kind gefüttert?

- alle ____ Stunden nach Bedarf

10. Wie häufig wird Ihr Kind im Durchschnitt nachts (von 20 - 8 Uhr) gefüttert?

- 1 - 2 Mal 3 - 5 Mal mehr als 5 Mal

11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

12. Bekommt Ihr Kind schon Beikost?

Wenn ja, was? _____

13. Welche Schnullergewohnheiten, bzw Daumenlutschgewohnheiten hat ihr Kind?

- keine Daumen Schnuller (Welchen und welche Größe? _____)

Es schnullert/lutscht am Daumen tags, wenn es müde ist häufig zur Beruhigung

immer zum Einschlafen

Schnullert / lutscht es die ganze Nacht am Daumen? ja nein

14. Waren Sie mit Ihrem Kind schon bei einem anderen Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Warum? _____

15. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

keine

16. Warum haben Sie Ihr Kind bei uns angemeldet?

17. Hat Ihr Kind bei einer ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung bereits Schmerzen erfahren?

18. Gibt es sonst noch etwas, dass wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten? (z.B. außergewöhnliche Lebensumstände)

19. Anamnese der Eltern:

Sind bei Ihnen in der Familie Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie (**Vater**) zu:

Karies

Zahnfleischbluten

Zahnstein

Zahnarztangst

Neigen Sie (**Mutter**) zu:

Karies

Zahnfleischbluten

Zahnstein

Zahnarztangst

Der **Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und der Ihres Kindes** ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet. Bitte entnehmen Sie diese Informationen dem im Wintergarten immer in aktueller Fassung ausliegenden Exemplar. Dieses werden wir von Zeit zu Zeit aktualisieren, damit Sie jederzeit auf dem Laufenden darüber sind, wie wir Ihre Daten schützen.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten zu. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Gern möchten wir Ihr Kind in unser **Recall-Programm** aufnehmen. Wir würden Sie dann per SMS an die Terminvereinbarung für die nächste zahnärztliche Kontrolle oder Prophylaxesitzung erinnern.

Ihr jederzeit möglicher Widerruf dieser Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich möchte mit meinem Kind am Recall-Programm teilnehmen und stimme der hierfür nötigen Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Praxis ebenfalls zu.

Es ist uns sehr wichtig, dass Sie und Ihr Kind sich bei uns wohlfühlen. Deshalb nehmen wir uns viel Zeit für Ihre Beratung und Behandlung und versuchen, Ihre Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Dafür belegen wir Termine nicht doppelt und springen auch nicht zwischen den Behandlungszimmern hin und her. **Wenn Sie bei uns sind, sind Sie unser Mittelpunkt!**

Dieses Modell funktioniert natürlich nur, wenn sich beide Seiten aufeinander verlassen können. Daher bitten wir Sie Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung mind. 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen. Ein versäumter Termin kostet unser Praxisteam Zeit und auch Geld. Wir setzen daher Ihr Einverständnis voraus, dass wir bei wiederholten Terminversäumnissen einen kostendeckenden Betrag in Rechnung stellen müssen:

90 € pro ausgefallenen 30 Min bei zahnärztlicher Behandlung bzw.

40 € pro ausgefallenen 30 Min bei Prophylaxe.

Wir danken Ihnen herzlich für ein zuverlässiges Miteinander.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich habe die ausliegenden Informationen zum Thema Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin über das Ausfallhonorar informiert.

Datum, Ort

Unterschrift der Erziehungsberechtigten