

Liebe Eltern,

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 nachfolgend aufgeführten 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.
- Erzählen Sie bitte keine „Horrorgeschichten“ über Zahnbehandlungen und drohen Sie nicht mit einem „Zahnarztbesuch“. Nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind **Vertrauen**.
- **Vermeiden Sie bitte Verneinungen**, wenn Sie von der Behandlung sprechen. Sätze wie z.B.: Du brauchst überhaupt **keine Angst** zu haben, der Zahnarzt tut dir überhaupt **nicht weh**; und du brauchst dir die **Spritze nicht anzuschauen**, aktivieren bei Ihrem Kind die Vorstellung von **Angst-weh-Spritze!** Benutzen Sie stattdessen **positive Formulierungen**, wie z.B.:  
Der Zahnarzt hilft dir, dass deine Zähne ganz gesund bleiben oder wieder heile werden und dass sie schön aussehen.
- Versprechen Sie bitte keine großen Belohnungsgeschenke! Gerade Dinge, die sich Ihr Kind sehr wünscht, setzen es unter Druck. Wir sorgen von unserer Seite immer für eine angemessene Belohnung durch Loben oder kleine Geschenke nach der Prophylaxesitzung oder einer Zahnbehandlung.
- Schimpfen Sie bitte nicht **vor, während oder nach** einer Behandlung mit Ihrem Kind. Loben Sie es stattdessen, aber nur für das, was es auch wirklich gut gemacht hat; selbst wenn es nur eine winzige Kleinigkeit in einer ansonsten noch nicht so erfolgreichen Behandlungssitzung gewesen sein sollte. Haben Sie Geduld in der Eingewöhnungsphase.
- Ihre Anwesenheit ist uns im Behandlungszimmer willkommen, bei Kindern unter 3 Jahren sogar nötig. Da Ihr Kind sich immer nur auf eine Person konzentrieren kann und wir seine uneingeschränkte Aufmerksamkeit **während der Behandlung** benötigen, sprechen Sie bitte Ihr Kind während der Behandlung nicht an, es sei denn wir bitten Sie darum.
- 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 zur Zeit 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

## Fragen zur Zahngesundheit

1. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?  
 Eltern                       Kind                       Eltern & Kind
2. Wie oft putzen Sie ihrem Kind die Zähne?  
 gar nicht                       manchmal                       1x täglich                       2 - 3 x täglich
3. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?  
 Handzahnbürste                       elektrische Zahnbürste
4. Wann putzen Sie die Zähne Ihres Kindes regelmäßig?  
 morgens                       mittags                       abends  
 vor den Mahlzeiten                       nach den Mahlzeiten
5. Welche Zahnpasta verwenden Sie?  
 gar keine                       Kinderzahnpasta (mit max 500ppm Fluorid)  
 Juniorzahnpasta (1000-1500ppm Fluorid)                       Erwachsenenzahnpasta  
 fluoridfreie Zahnpasta                      Name der momentan verwendeten Zahnpasta \_\_\_\_\_  
  
Weitere fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte \_\_\_\_\_
6. Wissen Sie noch, in welchem Alter Sie mit dem Zähneputzen bei Ihrem Kind begonnen haben?  
\_\_\_\_\_ (Jahr/e + Monat/e)
7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?                       ja                       nein                       weiß nicht
8. Was trinkt ihr Kind zurzeit wie häufig? \_\_\_\_\_
9. Bekommt ihr Kind **nachts** (von 20 Uhr - 7 Uhr) noch etwas zu trinken?  
 ja                       nein  
welches Getränk? \_\_\_\_\_ und wie oft? \_\_\_\_\_
10. Aus was trinkt ihr Kind nachts?  
 Tasse/Becher/Glas                       Tasse/Becher mit Schnabel                       Nuckelflasche  
 Sportlerflasche / Flasche mit Ventilverschluss                       andere: \_\_\_\_\_
11. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse / Becher? \_\_\_\_\_
12. Welche Schnullergewohnheiten, bzw Daumenlutschgewohnheiten hat es?  
 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
13. Waren Sie mit Ihrem Kind schon bei einem anderen Zahnarzt?                       ja                       nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_
14. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?  
  
 keine
15. Falls es schlechte Erfahrungen gibt: Wodurch sind diese ausgelöst worden? (Schmerzen, Spritze, Festhalten...)

16. Hat Ihr Kind in den letzten 2 Jahren bei einer ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung bereits Schmerzen erfahren?

17. Warum haben Sie Ihr Kind bei uns angemeldet?

18. Hat Ihr Kind schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen?  ja  nein

19. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe (Spiele, Sport, Bücher....)?

20. Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?

(z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten)

## 21. 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