

Liebe Eltern!

Wir freuen uns, dass Sie Ihr Kind in unserer Praxis angemeldet haben. Mit dem Mund kann man so viel machen! Lachen, lächeln, sprechen, die Lippen pressen, singen, pfeifen, küssen und essen! Ihr Kind sollte wissen, dass es einen Mund und Zähne darin hat, und dass es ganz normal ist, sich beim Zahnarzt die Zähne anschauen zu lassen. Wir möchten den Zahnarztbesuch für Sie und Ihr Kind so angenehm wie möglich gestalten und Ihnen daher einige Tipps geben, wie Sie Ihr Kind auf den Besuch vorbereiten können.

- Vereinbaren Sie Termine bitte möglichst zu Tageszeiten, zu denen ihr Kind normalerweise "gut drauf" ist.
- Erzählen sie keine "Horrorgeschichten" über Zahnarztbehandlungen und drohen Sie nicht mit einem "Zahnarztbesuch". Nur zu einem positiv dargestellten Zahnarzt gewinnt Ihr Kind Vertrauen.
- Äußern Sie sich deshalb selbst bitte nur positiv über Ihre Zahnarterfahrungen! Bitte versuchen Sie hierbei negative Formulierungen wie z.B. "Du brauchst keine Angst zu haben" zu vermeiden, denn hierdurch baut Ihr Kind eine Verknüpfung "Zahnarzt - Angst" auf.
- Versprechen Sie bitte keine Belohnungsgeschenke! Gerade Dinge, die sich Ihr Kind sehr wünscht, setzen es bei der Behandlung stark unter Druck und erschweren dadurch für uns die Zusammenarbeit. Wir sorgen von unserer Seite immer für eine angemessene kleine Belohnung nach einer Zahnbehandlung.
- Schimpfen Sie bitte nicht vor, während oder nach einer Behandlung mit Ihrem Kind. Loben Sie stattdessen, aber nur für das, was es auch wirklich gut gemacht hat; selbst wenn es nur eine Kleinigkeit in einer insgesamt noch nicht so erfolgreichen Behandlungssitzung gewesen ist.
- Sollte Ihnen während einer Behandlung irgendetwas missfallen, so sprechen Sie uns bitte erst hinterher darauf an, möglichst in Abwesenheit des Kindes.
- Bestärken Sie Ihr Kind darin, allein ins Behandlungszimmer zu gehen. Im Allgemeinen ist es für die Kontaktaufnahme und Vertrauensbildung für uns einfacher, wenn Sie Ihr Kind nicht in das Behandlungszimmer begleiten. Sollte Ihr Kind anfänglich nicht allein ins Behandlungszimmer wollen, sind Sie selbstverständlich auch im Behandlungszimmer herzlich willkommen. Bitte sprechen Sie aber während der Behandlung Ihr Kind nicht an. Bleiben Sie im Hintergrund und überlassen sie uns die Führung Ihres Kindes. So erleichtern Sie Ihrem Kind die Orientierung. Egal, ob Sie mit im Behandlungszimmer sind oder im Wartebereich bleiben, versprechen wir Ihnen, alle Behandlungsschritte im Vorfeld mit Ihnen durchzusprechen und nur mit Ihrer Einwilligung durchzuführen.
- Haben Sie Geduld, auch wenn sich eine Behandlung einmal über mehrere Sitzungen erstrecken sollte.

Wir hoffen, Ihnen genug Informationen gegeben zu haben, damit Sie unsere Behandlung Ihres Kindes bestmöglich unterstützen können. Sollten noch Fragen offengeblieben sein, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

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, bzw ihr Kind die Zähne?
 gar nicht manchmal 1x täglich 2 – 3 x täglich
3. Womit putzen Sie, bzw ihr Kind die Zähne Ihres Kindes?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
4. Wann putzen Sie, bzw ihr Kind die Zähne Ihres Kindes regelmäßig?
 morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
5. Welche Zahnpasta wird verwendet?
 gar keine Kinderzahnpasta (mit max 500ppm Fluorid)
 Juniorzahnpasta (1000-1500ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta
 fluoridfreie Zahnpasta Name der momentan verwendeten Zahnpasta _____
Weitere fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte _____
6. Welche zusätzlichen Zahnpflegeprodukten werden genutzt?
 gar keine Kinderzahnseide / Zahnseide-Sticks
 Interdentalbürstchen Zahnseide/SuperFloss (Faden)
7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht
8. Was trinkt ihr Kind zurzeit und wie häufig?
9. Bekommt ihr Kind **nachts** (von 21 Uhr - 7 Uhr) noch etwas zu trinken?
 ja nein
welches Getränk? _____ und wie oft? _____
10. Falls ihr Kind nachts was trinkt, aus welchem Gefäß?
 Tasse/Becher/Glas Tasse/Becher mit Schnabel
 Sportlerflasche / Flasche mit Ventilverschluss andere: _____
11. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?
.....
.....
 keine
12. Falls es schlechte Erfahrungen gibt: Wordurch sind diese ausgelöst worden? (Schmerzen, Spritzen, Festhalten...)
13. Hat Ihr Kind in den letzten 2 Jahren bei einer ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung bereits Schmerzen erfahren?
14. Warum haben Sie Ihr Kind bei uns angemeldet?

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

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

17. Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?
(z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten)

18. 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