



Praxis für Zahnheilkunde
Dr. med dent M. Lobert MSc.
Klosterstr.31
46446 Emmerich am Rhein
02828-7196

Das erste Mal beim Zahnarzt

Liebe Eltern!

Um ihrem Kind den ersten Zahnarztbesuch so angenehm wie möglich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, sich folgende Hinweise aufmerksam durchzulesen.

1. Uhrzeit

Sie kennen ihr Kind am besten, legen Sie daher den Termin zu einer Uhrzeit, die möglichst nicht mit Schlafens- oder Ruhezeiten kollidiert. Ein Kind, das gerade aus der Schule oder dem Kindergarten kommt, ist in der Regel müde. Erfahrungsgemäß sind gerade bei kleinen Kindern **Termine am Vormittag sinnvoll.**

2. Erklären, aber nicht zu viel

Wenn sie mit ihrem Kind über den Zahnarztbesuch sprechen möchten, vermeiden Sie unbedingt Sätze wie z. B. "Du brauchst keine Angst zu haben.", "Es tut nicht weh.", "Da passiert nichts Schlimmes" etc. Im Unterbewusstsein speichert ihr Kind leider genau die Worte "Angst, weh, schlimm" etc. ab. Erfahrungsgemäß entsteht auf diese Art und Weise unbegründete Angst vor dem Zahnarzt. Wir "zählen deine schönen Zähne" und "putzen sie mit einer weichen Kitzelbürste blitzblank" hört sich doch viel angenehmer an, oder nicht?

3. Während der Behandlung

Es ist Ihnen freigestellt, während der Behandlung im Wartezimmer zu bleiben oder ihr Kind ins Behandlungszimmer zu begleiten. Wenn Sie ihr Kind gerne begleiten möchten oder ihr Kind nicht ohne Sie mit uns kommen möchte, bitten wir Sie herzlich, folgendes zu beachten: **Seien Sie positiv und strahlen Sie Zuversicht aus.** Für Sie steht ein Stuhl bereit, auf dem Sie entspannt Platz nehmen können. Gerne dürfen Sie während der Behandlung etwas lesen. Ihr Kind ist heute die Hauptperson, geben Sie ihm deshalb die Möglichkeit, sich selbst mitzuteilen. Zusätzlich möchten wir Sie bitten evtl. aufkommende Fragen am Ende der Behandlung zu stellen. Es fällt ihrem Kind dann leichter, sich auf das Behandler Team zu konzentrieren.

4. Geschwister

Geschwisterkinder sollten im besten Falle zu Hause oder im Wartezimmer bleiben. Eine **ruhige Atmosphäre** im Behandlungszimmer trägt zum Erfolg maßgeblich bei!

5. Nach der Behandlung

Machen Sie keine „große Sache“ aus dem Zahnarztbesuch. Es ist daher nicht ratsam, ihrem Kind Belohnungen für gute Mitarbeit in Aussicht zu stellen. Ein Zahnarztbesuch sollte so selbstverständlich wie das tägliche Zähneputzen sein, für das ihr Kind sicherlich auch nicht jedes Mal eine Belohnung bekommt.

Wir halten für unsere kleinen Patienten ohnehin eine kleine Überraschung nach der Behandlung in unserer „Schatzkiste“ bereit.

Kinder freuen sich sehr, wenn ihre Eltern im Anschluss die „blitzblanken Zähne“ oder die „tolle Zahnfüllung“ etc. bestaunen. Bitte **unbedingt** zuerst die „tolle Arbeit“ ausführlich begutachten. Anschließend dürfen Sie ihr Kind natürlich gerne in den Arm nehmen!

Und sollte es mal nicht geklappt haben.... irgendetwas wird ihr Kind in jeder Behandlung gut gemacht haben, dafür sollte es gelobt werden. Dinge, die nicht so gelaufen sind, wie man es erhofft hat, sollten nicht weiter getadelt werden. **Beim nächsten Mal klappt es ganz bestimmt!**

Wir freuen uns auf Sie und Ihr Kind!



Kinderanamnese

Praxis für Zahnheilkunde
Dr. med. dent. M. Lobert MSc.
Klosterstr.31
46446 Emmerich am Rhein
02828-7196

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, bitten wir Sie um sofortige Mitteilung.

(vollständiger) Nachname, Vorname (Patient/in) Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ/ Ort

Telefon: privat Telefon: mobil

@ Emailanschrift Krankenversicherung/ ggf. Zusatzversicherung

Kinderärztin/Kinderarzt

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?* _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja
Wenn ja Welche? _____

Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? nein ja
Wenn Ja welche? _____

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? nein ja

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle ? nein ja

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung? nein ja

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörung)? nein ja

Leidet Ihr Kind an einer Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, HIV, TBC? nein ja

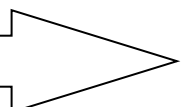
Andere Erkrankungen? _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? nein ja

- **Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?**
 gar nicht manchmal 1x täglich 2-3 x täglich
- **Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?**
 gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta
- **Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?**
 Eltern Kind Eltern und Kind
- **Wann werden die Zähne geputzt?**
 morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- **Womit werden die Zähne geputzt?**
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
- **Geben Sie Ihrem Kind Flouridtabletten?** ja nein

*freiwillige Angaben

Rückseite nicht vergessen!!!





Kinderanamnese

Praxis für Zahnheilkunde
Dr. med. dent. M. Lobert MSc.
Klosterstr.31
46446 Emmerich am Rhein
02828-7196

Was bekommt Ihr Kind zu trinken? _____

Woraus trinkt Ihr Kind? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz offene Tasse/ Becher ohne Trinkaufsatz

Bekommt Ihr Kind nachts (von 20Uhr- bis 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein

Wenn ja was? _____

Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____

Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ja nein Wenn ja welche? _____

Welche Schnuller Gewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Es schnuller/lutscht am Daumen: nein tagsüber, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Schnuller es/lutscht es nachts am Daumen? ja nein

Können Sie den Schnuller den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann? _____ warum? _____

Welche Vorerfahrung hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder Klinik? keine

Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spielen, Sport; Bücher)

Möchte Sie an unserem Erinnerungsdienst teilnehmen, das bedeutet Sie werden automatisch benachrichtigt, wenn die nächste Vorsorgeuntersuchung wieder fällig ist. (i.d. R. halbjährlich)

nein per @-Mail per Postkarte

Haben Sie andere Fragen, Wünsche oder Anliegen?

Termine müssen bei Verhinderung bis spätestens 24 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagt werden!!!

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass bei Nichteinhalten des Termins die versäumte Behandlung anteilig in Rechnung gestellt werden kann.

Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (Art.7 Abs.3). siehe Aushang im Wartezimmer.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Ich willige der geplanten Behandlungen ein und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigten/Bevollmächtigten