



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

Kinder-Anamnesebogen

Vorname: Nachname:

Geburtstag: Telefonnr.:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Kinderarzt: Ort der Praxis:

Bei Familienversicherung geben Sie bitte den Hauptversicherten hier an:

Vorname: Nachname:

Geburtstag: Telefonnr.:

Handynr.: E-Mail:

Bei entsprechendem Versicherungsstatus bitte Zutreffendes ankreuzen:

Privat versichert Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt

Kein Pflegegrad Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Bitte beantworten Sie kurz folgende medizinisch relevante Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja:

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Nein Ja:

Besteht eine Herzerkrankung? Nein Ja:

Besteht eine Bluterkrankung? Nein Ja:

Leiden Sie an Allergien? Nein Ja:

Bestehen sonstige Erkrankungen? Nein Ja:

Ist Ihr Blutdruck normal? Ja Nein: zu hoch zu niedrig

Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Asthma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Multiresistente Erreger (wie z.B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridien)				<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Bitte auch Seite 2 ausfüllen ↪

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Anzeige Schild Telefonbuch

Empfehlung durch: _____

Hiermit bin ich darüber aufgeklärt, dass es in seltenen Fällen zu einer Verletzung der Nerven nach einer Leitungsanästhesie kommen kann. Weiterhin bescheinige ich, über eine eventuelle Verkehrsuntüchtigkeit aufgeklärt worden zu sein.

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (Absage mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Anfordern und Weiterleiten von Röntgenbildern:

Ich bin auf die Wahrnehmung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 28 Abs. 8 Satz 3 RVÖ) hingewiesen worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen nach Aufforderung weitergegeben werden dürfen.

Vielen Dank!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Alles ausgefüllt? Dann bitte in der Praxis abgeben oder per E-mail senden an: buero@dr-stahlschmidt.de. Danke!



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

Die Behandlung Ihres Kindes in unserer Zahnarztpraxis

Zahnarztangst ist nicht angeboren und wir möchten mit dem entsprechenden Verhalten erst gar keine Angst aufkommen lassen. Wir bitten Sie als Praxisteam um Ihre Unterstützung, damit die Erfahrung Ihres Kindes beim Zahnarzt als so positiv wie möglich wahrgenommen wird.

Vor der Behandlung

Berichten Sie nur von **positiven Erfahrungen** Ihrer eigenen Zahnarztbesuche. Fehlen Ihnen positive Erfahrungen, dann sollten Sie nichts erzählen.

Geben Sie dem Kind **keine falschen Versprechungen** und verzichten Sie auf Sätze wie:

„Hab keine Angst! Es tut nicht weh!“ Das Unterbewusstsein versteht am Ende nur:

„Hab Angst! Es tut weh!“

Versprechen Sie **keine Belohnungsgeschenke**. Das Gefühl sich etwas verdienen zu müssen, erhöht nur den Druck auf Ihr Kind. Je weniger Beachtung Sie der Angelegenheit schenken, desto besser.

Während der Behandlung

Überlassen Sie uns die Führung des Kindes! Kinder können nicht gleichzeitig auf zwei Erwachsene hören. Wir führen das Kind spielerisch an die neue Umgebung, sowie an die speziellen Behandlungen heran und verwenden dabei **positive Begriffe**.

Wir „bohren“ nicht, sondern wir **putzen/reinigen/säubern** den Zahn und wir verwenden dabei keine „Bohrer“, sondern unsere Kehrmaschine oder Diamantkügelchen.

Sollte eine Betäubung des Zahnes notwendig sein, dann nennen wir das nicht eine „Spritze“, sondern wir legen den Zahn mit der „Zauberwatte“ und unseren „Zauberkügelchen“ schlafen. In manchen Situationen kann es dennoch dazu kommen, dass ihr Kind etwas spürt, dann nennen wir das ganz bewusst „kitzeln“ oder „zwicken“ oder „drücken“ und nicht Schmerz.

Nach der Behandlung

Keinesfalls das Kind nach der Behandlung fragen, ob es weh getan hat. Stattdessen, **loben** Sie das Kind so oft es geht und sagen Sie wie toll es das gemacht hat und wie groß es doch schon ist.

Entscheidend für die gute Erfahrung ist das Gefühl mit dem das Kind den Stuhl und die Praxis verlässt. Gestärktes Selbstvertrauen motiviert, neues auszuprobieren.

Also: **loben, loben, loben!**

Wir freuen uns auf Ihr Kind!

Ihr Praxisteam Dr. Matthias Stahlschmidt