



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN KIND

PATIENTENDATEN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon Privat _____

DATEN ZUM KINDERARZT

Kinderarzt _____

Stadt _____

DATEN ZU DEN ELTERN

Mutter

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Geburtsdatum _____

tagsüber erreichbar unter

Festnetz _____ mobil _____

Vater

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Geburtsdatum _____

tagsüber erreichbar unter

Festnetz _____ mobil _____

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Gesetzlich versichert
Name der Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung
Name der Versicherung: _____

Privat versichert
Name der Versicherung: _____

Beihilfe berechtigt

ÜBER WEN IST IHR KIND VERSICHERT?

Mutter Vater

WER IST SORGEBERECHTIGT?

Mutter Vater Beide

DÜRFEN WIR SIE AN DIE REGELMÄSSIGEN VORSORGEUNTERSUCHUNGEN IHRES KINDES ERINNERN?

ja nein

SOLLEN WIR ETWAS BEI DER BEHANDLUNG IHRES KINDES BEACHTEN?

GRUND DES HEUTIGEN BESUCHES

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google jameda Zeitung

Sonstiges _____

Versicherung/Krankenkasse

Empfehlung (bitte Namen angeben)

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen und Ihr Kind dann auch besser behandeln können. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite. Vielen Dank!

ANGABEN ZUR MUNDGESUNDHEITSSITUATION DES KINDES

War Ihr Kind bereits bei einem Zahnarzt? Wenn ja, bei welchem Zahnarzt (Name, Ort) und wann? ja nein

Lutschgewohnheiten Ihres Kindes? Daumen Finger Schnuller

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes? Kind Kind mit Elternhilfe Eltern

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück nach dem Frühstück
 nach dem Mittagessen kurz vor dem Zubettgehen
 sofort nach dem Abendessen

Womit werden die Zähne gereinigt?

- elektrische Zahnbürste Handzahnbürste
 Zahnseide Munddusche

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?

Erhält Ihr Kind Fluorid? Wenn ja, in welcher Form?

- Fluoridierte Zahnpasta Fluorid-Gel (z.B. Elmex-Gelee)
 Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierung beim Zahnarzt Fluorid-Tabletten

Gab es in der Vorgeschichte Zahnunfälle? Wenn ja, welche? ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? ja nein

ANGABEN ZUR MUNDGESUNDHEITSSITUATION DER ELTERN

Sind beide oder ein Elternteil(e) von Allergien betroffen? Wenn ja, welche? ja nein
(Bitte geben Sie auch **Medikamentenunverträglichkeiten** an)

Hat / Haben ein oder beide Elternteil(e) Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Haben / Hatten ein oder beide Elternteil(e) eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung (z. B. Kreuzbiss)? ja nein
Wenn ja, in welcher Form?

ANGABEN ÜBER DIE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN IHRES KINDES

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ja nein

Wenn ja, wie oft? selten 1x pro Tag mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee mit Zucker ja manchmal nein

Tee ohne Zucker ja manchmal nein

Milch ja manchmal nein

Kakao ja manchmal nein

Fruchtsaft ja manchmal nein

Wasser ja manchmal nein

Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Marmeladen-/Nutella-Brot ja manchmal nein

Käse-Wurst-Brot ja manchmal nein

Müsli ja manchmal nein

Cornflakes ja manchmal nein

Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind in der Schulpause?

Belegte Brote ja manchmal nein

Obst-Gemüse ja manchmal nein

Süßigkeiten ja manchmal nein

Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

Bitte kurze Stichpunkte: _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

(Mineral)-Wasser ja manchmal nein

Limonade (Cola, Zitronen-, Orangenlimonade etc.) ja manchmal nein

Tee gesüßt ja manchmal nein

Tee ungesüßt ja manchmal nein

Milch ja manchmal nein

Kakao ja manchmal nein

Saft (Gemüse, Frucht) ja manchmal nein

Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind im Tagesverlauf?

Bitte kurze Stichpunkte: _____

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ___ Jahre trinkt immer noch

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION IHRES KINDES

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?

Arzt _____ Telefonnummer _____ in _____

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente zu sich? Wenn ja, welche? ja nein
(falls vorhanden, bringen Sie bitte die **Medikamentenliste** mit)

_____ ja nein
Gibt es Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

_____ ja nein
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche? (falls vorhanden, bringen Sie bitte den **Allergiepass** mit)

_____ ja nein
Hat Ihr Kind Herzerkrankungen? Wenn ja, welche?

_____ ja nein
Hat Ihr Kind Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?

_____ ja nein
Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

_____ ja nein
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

_____ ja nein
Verlief die Entwicklung Ihres Kindes normal?

ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann (z. B. Fahrrad, Roller etc.).

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Daten und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes sehr zeitnah mit.

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (24 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

VIELEN DANK FÜR IHR VERTRAUEN! WIR FREUEN UNS DARAUF, SIE UND IHR KIND KENNENZULERNEN.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten inklusive Röntgenbilder und Fotografien bei Bedarf an medizinische Kollegen weitergeleitet werden dürfen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____