

Gesundheitsfragebogen

Liebe Familie,

bitte füllen Sie den Gesundheitsfragebogen für Ihr Kind vollständig aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen wir diese mit Ihnen vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Kind:

Name _____ Vorname(n) _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Geschlecht: m w d

Muttersprache: deutsch sonstige: _____

Angaben zu den Eltern:

Mutter

Name _____ Vorname(n) _____ Geburtsdatum _____

Vater

Adresse (falls abweichend), Telefon _____

Mutter

Name _____ Vorname(n) _____ Geburtsdatum _____

Vater

Adresse (falls abweichend), Telefon _____

Sorgeberechtigt ist/sind Mutter Vater _____

Das Kind ist versichert über Mutter Vater _____

Bei folgender Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung Basistarif

Kinderarzt:

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Grund des Zahnarztbesuchs:

Kontrolle Beschwerden: _____ Sonstiges: _____

Leidet ihr Kind unter folgenden Erkrankungen?

- Herzerkrankungen, z.B. Herzfehler, Herzgeräusche
- Lungenerkrankungen, z.B. Asthma, chronische Bronchitis
- Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen
- Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle (Epilepsie)

- Allergie, z.B. Latex oder Banane
- langes Bluten nach Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)
- Infektionserkrankungen, z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose
- andere Erkrankungen: _____

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? Nein Ja (bitte Nachweis erbringen)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, folgende: _____

Hatte Ihr Kind jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

Nein Ja, folgende: _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kiefers angefertigt?

Nein Ja, folgende: _____

Hat Ihr Kind am Schnuller oder Daumen gelutscht?

Nein Ja, bis: _____

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne?

nicht täglich

1x

2x

3x und öfter

Was trinkt Ihr Kind am Tag?

Wasser

Milch

Saft/Saftschorle

Limonade

Kakao

ungesüßten Tee

gesüßten Tee

Wie putzt sich Ihr Kind die Zähne?

alleine

mithilfe der Eltern/Nachputzen durch die Eltern

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?

0-2

mehr als 2

Welche Zahnpasta verwenden Sie bei Ihrem Kind?

Zahnpasta mit Fluorid

Zahnpasta ohne Fluorid

Gibt es negative Vorerfahrungen beim Zahnarzt/Leidet Ihr Kind unter Zahnarztangst?

Nein Ja, folgende: _____

Hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe (z.B. Autos, bestimmte Tiere, ...)?

Nein Ja, folgende: _____

**Haus-
zahnarzt**

**Kieferor-
thopäde**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Social Media Google-Suche Sonstiges: _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?
