



Gesundheitsfragebogen

Kinder und Jugendliche

0 - 6 Jahre

Angaben zum Kind

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Geburtsort:
Versichert über: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>		Krankenkasse:

Angaben zu den Sorgeberechtigten

Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person <input type="checkbox"/>			Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person <input type="checkbox"/>		
Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:	Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Anschrift:			Anschrift:		
Tel./Mobil:			Tel./Mobil:		

Sehr geehrte Eltern,
für eine an den Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen.
Wir bitten Sie, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß vollständig auszufüllen.
Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB.

Wer ist der Kinderarzt / die Kinderärztin Ihres Kindes?

Sind bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen oder Vorerkrankungen bekannt?

(ja) (nein) *Wenn ja, welche?*

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt)

(ja) (nein) *Wenn ja, weshalb?*

Ist Ihr Kind vollständig geimpft? (Tetanusschutz aktuell, Impfempfehlungen der STIKO)

(ja) (nein)

Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

(ja) (nein) *Wenn ja, welche?*

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

(ja) (nein) *Wenn ja, welche?*

Befand sich Ihr Kind schon einmal in einer Therapie? (z.B. Kieferorthopädie, Logopädie) oder befindet sich derzeit in Therapie?

(ja) (nein) *Wenn ja, welche?*

Weitere medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) geistige Behinderung oder Entwicklungsverzögerung
- (ja) (nein) Lernschwäche oder Konzentrationsschwierigkeiten
- (ja) (nein) Sehschwäche
- (ja) (nein) Schwerhörigkeit
- (ja) (nein) Sprachstörungen
- (ja) (nein) Zähneknirschen
- (ja) (nein) Mundatmung
- (ja) (nein) Schnarchen
- (ja) (nein) Lippensaugen, Lippenbeißen
- (ja) (nein) Nägelkauen
- (ja) (nein) Daumen- oder Fingerlutschen
- (ja) (nein) Schnuller

Bitte wenden →

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

(ja) (nein) Wenn ja, wann und wo?

Hatte Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?

(ja) (nein) Wenn ja, bitte beschreiben:

Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?

(ja) (nein) Wenn ja, seit wann?

Gibt es bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten?

(ja) (nein) Wenn ja, wann?

Erfolgt die Zahnpflege: bereitwillig ☐ mit Widerstand ☐ wechselhaft ☐ gar nicht ☐
selbstständig durch das Kind ☐ es wird nachgeputzt ☐

Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste ☐

Weitere Hilfsmittel zur Zahnpflege:

Wann / wie oft werden die Zähne geputzt?

Wie lange werden die Zähne durchschnittlich geputzt?

Welche Zahnpaste wird verwendet:

Wie oft am Tag wird gegessen? 0 bis 1-mal ☐ 2 bis 5-mal ☐ über 5-mal ☐

Gibt / gab es in der Nacht ein Nachtfläschen (außer Wasser)?

(ja) (nein) Wenn ja, wie lange und was?

Wie oft am Tag werden zuckerhaltige Getränke getrunken? 0 bis 1-mal ☐ 2 bis 5-mal ☐

Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung?

(ja) (nein) Wenn ja, welche?

Wurden jemals Röntgenaufnahmen im Kopf-Halsbereich angefertigt?

(ja) (nein)

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

Weitere Anmerkungen:

.....

.....

.....

Bad Berleburg, den Unterschrift