

Gesundheitsfragebogen für Kinder Zahnarztpraxis Dr. Bert Hofmann& Kollegen

Liebe Eltern,

wir heißen Sie und Ihr Kind herzlich willkommen in unserer Praxis.
Für die optimale Behandlung Ihres Kindes benötigen wir einige Auskünfte.
Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind:		
Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht: om ow
versichert bei:		
Nachname, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlic	h)
Name der Krankenkasse / Versic	herung	
gesetzlich versichert o ja one beihilfeberechtigt o ja one	-	-
Sorgerecht: o ich erkläre, das ich das allei o ich handle im Einverständnis o ich bin nicht erziehungsbere	s des anderen Sorgebere	chtigten und/oder vertrete ihn
Einverständniserklärung bei	der Behandlung Minde	rjähriger
		icht vollendet, ist für eine Behandlung erklärung des Erziehungsberechtigten
Ort, Datum	Unterschrift Erzi	ehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand Ihres Kindes so genau wie möglich:

Ja	ı / Nei	in	
0	0	Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? (Impfpass vorhanden?)	
0	0	Leidet Ihr Kind unter Allergien? (Allergiepass vorhanden?)	
		Wenn ja, welche?	
0	0	Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?	
		Wenn ja, welche? • Penicillin • Schmerzmittel • andere (Latex, Jod)	
Le	eidet	Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?	
	ı / Nei		
0	0	Erkrankungen des Herzen?	
		Wenn ja, welche?	
0	0	Lungenerkrankungen/ Asthma?	
0	0	Infektionserkrankungen?	
		○ HIV ○ Hepatitis ○ A ○ B ○ C ○ Tuberkulose	
		o andere Infektionskrankheiten:	
0	0	Kreislaufbeschwerden /Ohnmachtsneigung?	
0	0	Blutgerinnungsstörung?	
0	0	Bluten Ihr Kind nach Verletzungen lange oder bekommt es schnell blaue	
		Flecken?	
0	0	Diabetes mellitus?	
0	0	Schilddrüsenerkrankung?	
0	0	epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?	
0	0	Nierenerkrankungen?	
0	0	Lebererkrankungen?	
0	0	geistige Behinderung oder körperliche Behinderung?	
		Wenn ja, welche?	
0	0	Sprachprobleme?	
0	0	Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?	
0	0	Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	

Name Kinderarzt

Zahnärztliche Behandlung:							
V	Was ist der Grund Ihres Besuches?						
V	Wann war der letzte Zahnarztbesuch?						
Ja	a / N	ein					
		Hat Ihr Kind aktuell Z Ist heute der erste Zah Hat Ihr Kind Angst vor Hat Ihr Kind bereits so Wenn ja, welche? Lutscht Ihr Kind oder h Wenn ja, wie lange? Atmet Ihr Kind überwie Hatte Ihr Kind schon ei Wenn ja, was? Hat Ihr Kind schon ein Wurde schon einmal e durchgeführt? Wurden schon einmal Wenn ja, wann und wa Ist Ihr Kind in kieferorti	innarztbesuch für Ihr Kind? Indem Zahnarztbesuch? Ichlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Inat gelutscht (Daumen, Nuckel etc.)? Inat gelutscht den Mund? Ichlechte Erfahrungen beim Zahnarzt erhalten? Inat gelutscht (Daumen, Nuckel etc.)? Inat gelutscht (Da				
N	ame	Kieferorthopäde	Adresse/Telefon				
		pflege: ähne des Kindes werd	len geputzt:				
0 0	moi vor mit	n Kind selbst gens den Mahlzeiten einer Handzahnbürste endung von:	 von Eltern und Kind mittags nach den Mahlzeiten mit einer elektrischen Zahnbürste 				
		nseide ndspüllösung	ZahnzwischenraumbürstchenSonstiges:				

Welche Zahnpasta wird verwendet?

- Kinderzahnpasta ohne Fluorid
- o Kinderzahnpasta mit Fluorid
- Juniorzahnpasta
- o Erwachsenenzahnpasta

Bekommt Ihr Kind Fluoride? In welcher Form?

○ D-Fluoretten: Seit wann/wie lange?	
o Fluorid-Gel(z.B. Elmex Gelee): Wie oft?	
 Verwendung von fluoridiertem Speisesa 	Z
 Sonstiges (z.B. Mineralwasser) 	

In eigener Sache

Besteht Interesse an

- Ernährungsberatung
- Zahnputzschule
- o individuellen Prophylaxemaßnahmen (Zahnreinigung)?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung der angegebenen Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, das Praxispersonal über eventuell auftretende Erkrankungen/Einnahme von Medikamenten, die sich während der Behandlungszeit ergeben, zu informieren.

Wichtige Information:

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die aufgeführten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum	UnterschriftErziehungsberechtigter