

## Gesundheitsfragebogen Kinder bis 14 Jahre

**Liebe Eltern,**

um die Behandlung immer optimal an den Gesundheitszustand Ihres Kinder anzupassen, ist eine regelmäßige Aktualisierung unseres Fragebogens wichtig. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung so risikoarm wie möglich für unsere kleinen Patienten zu gestalten. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um dieses Formular sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne weiter.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum und -ort</b>
<b>Name gesetzl. Vertreter/ Versicherter</b>	<b>Vorname gesetzl. Vertreter/ Versicherter</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Krankenkasse</b>	<b>Handynummer / Telefon privat</b>	<b>Evtl. Telefonnummer dienstlich *</b>

*\*Angaben sind freiwillig*

**Besteht oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen, Beschwerden, Befunde?**

Ja / Nein

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besitzt ihr Kind (Bitte legen Sie uns, falls zutreffend den Pass vor.)

→ Herzpass

→ Bluterpass

→ Allergiepass

Wer ist der behandelnde Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Ist es der erste Zahnarztbesuch?

Sind in ihrer Familie Zahnfehlstellungen bekannt?

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Ja  Schnuller

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_  
Andere: \_\_\_\_\_

- Ja  Lippen- und WangensaugenBis
- Ja  Daumenlutschen

Hat Ihr Kind Angst vor der Behandlung? Ja  Nein

Wovor ist die Angst, wenn zutreffend, bei ihrem Kind am größten?

- |                   |                          |              |                          |            |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Praxisgerüche     | <input type="checkbox"/> | helles Licht | <input type="checkbox"/> | Geräusche  | <input type="checkbox"/> |
| Behandlungsstuhl  | <input type="checkbox"/> | Berührung    | <input type="checkbox"/> | Absaugung  | <input type="checkbox"/> |
| liegende Position | <input type="checkbox"/> | Instrumente  | <input type="checkbox"/> | Luftbläser | <input type="checkbox"/> |
| Spritze           | <input type="checkbox"/> | Schmerz      | <input type="checkbox"/> |            |                          |

Andere: \_\_\_\_\_

Gab es unangenehme Vorerfahrungen beim Zahnarzt oder auch anderen Ärzten? (Trauma durch...):

\_\_\_\_\_

Gibt es Umstände im Leben Ihres Kindes über die wir Bescheid wissen sollten?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an halbjährliche Kontrolltermine für Ihr Kind erinnert werden? Ja  Nein

Email  -Adresse: \_\_\_\_\_ SMS  -Handynummer: \_\_\_\_\_

Sollten sich Änderungen zum Gesundheitszustand ergeben, werde ich diese umgehend vor der Behandlung mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Aktualisierungen:  
Datum / Unterschrift