



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder bis zum 3. Lebensjahr

Liebe Eltern, mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die folgenden Zeilen sorgfältig aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

So können wir Ihre Fragen noch besser beantworten! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank,
Ihr Praxisteam

ANAMNESE ALLGEMEIN

Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen? (<input type="checkbox"/> Spontangeburt (<input type="checkbox"/> Frühgeburt (<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt Gab es Komplikationen während des Geburtsvorganges? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?		
Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja (<input type="checkbox"/> Nein(<input type="checkbox"/> Bei welchem Arzt?.....		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja (<input type="checkbox"/> Nein(<input type="checkbox"/> Welche?		
Leidet Ihr Kind an Allergien (Antibiotikaallergie), Asthma oder Heuschnupfen? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/> Welche?.....		
Blutet ihr Kind lange bei Verletzungen? (Blutgerinnungsstörungen) Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Leidet Ihr Kind an einer Infektionserkrankung (Hepatitis/ HIV/ TBC)? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/> Welche?		
Hatte Ihr Kind schon mal Krampfanfälle (auch Fieberkrämpfe)? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Hat Ihr Kind Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/> Welche?		
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Liegen bei Ihrem Kind Entwicklungsstörungen vor? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/> Welche?.....		
Hat Ihr Kind Hörprobleme? Ja(<input type="checkbox"/> Nein(<input type="checkbox"/>		
Hat Ihr Kind eine Sehschwäche? Ja (<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Liegt bei Ihrem Kind eine Lernschwäche vor? Ja(<input type="checkbox"/> Nein (<input type="checkbox"/>		
Krankenhausaufenthalte		
Hat Ihr Kind Geschwister – wenn ja, wie viele und in welchem Alter? Ja(<input type="checkbox"/> Nein(<input type="checkbox"/>		
Welche Sprache versteht Ihr Kind?		



ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn?Monaten

Wie viele Zähne hat Ihr Kind zum jetzigen Zeitpunkt?

Wird ihr Kind noch gestillt? Ja Nein nur noch Nachts
Wenn ja, wie oft stillen Sie Ihr Kind am Tag?

Trinkt Ihr Kind aus der Nuckelflasche? Ja Nein
Wenn ja wie oft und welches Getränk ist in der Flasche?

Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? Ja Nein
Wenn ja, welches Getränk?.....

Aus was trinkt Ihr Kind tagsüber? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz Tasse / Becher ohne Trinkaufsatz
 Glas Nuckelflasche Andere.....

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne? Eltern Kind Eltern und Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt? Gar nicht Gelegentlich 1 x täglich 2-3 x täglich

Wann werden die Zähne geputzt? Morgens Mittags Abends

Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
 Kinderzahnpaste Erwachsen Zahnpaste Fluoridfreie Zahnpaste

Name der Zahnpasta:

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Hat Ihr Kind bzw. bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Welches Mineralwasser trinken Sie? (Marke, wegen Fluoridgehalt)

Welche Getränke bekommt Ihr Kind zurzeit wie häufig? (bitte ankreuzen)

Produkt	Selten	1-3 x wöchentlich	1-2 x täglich	3-6 x täglich	Mehr als 6 x täglich	Nachts
Wasser						
Ungesüßter Tee						
Gesüßter Tee						
Babytee (Granulat)						
Milch						
Kakao- / Erdbeermilch						
Säfte, Limonaden Eistee						
Saftschorlen						
Quetschmus						
Joghurtdrink						

Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Es schnullert / lutscht am Daumen: Nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen



Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? Ja () Nein()
Wenn ja, Wann? Warum?.....

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? () Gut () Schwierig

Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein? () Gut () Mittel () Nicht möglich

Hatte Ihr Kind Unfälle im Mund / Gesichtsbereich: Wann?

Was passiert?.....

Wo versorgt?

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja () Nein()

Welches Anliegen hat Ihren Besuch bei uns veranlasst?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? () Internet () Werbung () Empfehlung () Überweisung

Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über ihr Kind wissen sollten? (z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten).....
.....
.....

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle (auch zukünftig) in der Praxis behandelnden Zahnärzte und Ärzte in die Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen dürfen.

Datum:Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:.....