



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN für Kinder bis zum Schulbeginn

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"/>)
Gab es für Ihr Kind schon Krankenhausaufenthalte?	Ja (<input type="checkbox"/>)	Nein (<input type="checkbox"/>)
Hat Ihr Kind Geschwister – wenn ja, wie viele und in welchem Alter? (<input type="checkbox"/>) Ja / (<input type="checkbox"/>) Nein		
Welche Sprache versteht Ihr Kind?		



ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn?Monaten

- 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
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Zahnseide
- Welche Zahnpasta verwenden Sie bei Ihrem Kind? Gar keine Kinderzahnpasta Fluoridfreie Zahnpasta
 Juniorzahnpasta Erwachsenen-Zahnpasta

Name der Zahnpasta:

- Nehmen Sie weitere fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte? Ja Nein
- Verwenden Sie einmal wöchentlich Elmex-Gelee? Ja Nein
- Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein
- Hat Ihr Kind bzw. bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Welches Mineralwasser trinken Sie? (Marke, wegen Fluoridgehalt)

Welches Produkt bekommt Ihr Kind 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						
Gummibärchen o.Ä.						
Milchschnitte / Fruchtschnitte						
Pudding						
Fruchtjoghurt						
Süßer Brotaufstrich						
Bonbons, Lutscher						
Trockenobst / Quetschmus						
Eis						
Schokolade						
Kekse/ Kuchen/ Gebäck						
Chips						
Sonstiges?						

Bekommt Ihr Kind nachts (21 Uhr -7 Uhr) noch etwas zu trinken? Ja Nein
Welches Getränk?und wie oft?

Aus was trinkt Ihr Kind nachts? Tasse/ Becher/ Glas Tasse/ Becher mit Schnabel Trinkflasche
 Nuckelflasche Andere:

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Schnuller Lippe / Wange saugen
 Daumen lutschen Andere



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

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? () Gut () Schwierig

Falls es schlechte Erfahrungen gibt: Wodurch sind diese ausgelöst worden? (z.B. Schmerzen, Festhalten, falsche Versprechungen o.Ä.)
.....
.....

Hat ihr Kind in den letzten zwei Jahren bei ärztlichen / zahnärztlichen Behandlungen Schmerzen erfahren?
.....
.....

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

Für welche Beschäftigungen kann sich Ihr Kind begeistern?
.....

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: