

# PATIENTENFRAGEBOGEN FÜR KINDER

## Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Friese

Dieser Bogen dient der Vorbereitung, damit wir uns optimal auf Ihr Kind einstellen können. Wir möchten Sie bitten, uns die folgenden Fragen freiwillig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben Erziehungsberechtigter/Krankenversicherungsmitglied:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Allgemeingesundheit: Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Lebererkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Rheuma	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Diabetes(Zucker)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Tumore	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Erkrankung des Blutes	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Lernbehinderung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Herzerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Geistige Verzögerung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____
Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Tuberkulose	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Ist Ihr Kind geimpft?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Immunschwäche(Aids)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Bestehen Allergien?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____		
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____		
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft/Geburt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____		

### Zahnmedizinische Anamnese:

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Haben Sie als Eltern Angst?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Hat/Hatte Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Hat/Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Behandlung?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind gestillt worden?  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Hat es aus der Nuckelflasche getrunken?  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_  
Atmet Ihr Kind durch den Mund?  nein  ja  
Lutscht/e Ihr Kind Schnuller / Daumen?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
Wie lange, wie oft, wer putzt die Zähne?  Eltern  Kind  1xtägl  2xtägl  
Verwenden Sie:  fluoridiertes Speisesalz  Fluoridtabletten  fluoridierte Zahnpasta  
 Mundspüllösungen  Fluoridgelee

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge für Ihr Kind?  
 Sind Sie damit einverstanden, dass Sie telefonisch, postalisch oder per email erinnert werden?  
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht und verstanden zu haben. Mir ist bewusst, dass Termine die nicht eingehalten werden können, mindestens 24Stunden vorher abgesagt werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift(Erziehungsberechtigter)