



## Medizinischer Fragebogen

### Liebe Eltern!

Für diese und weitere Behandlungen Ihres Kindes, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Wenn Sie Fragen dazu haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Veränderungen der Erkrankung Ihres Kindes, und / oder die Einnahme bestimmter und neuer Medikamente möchten Sie uns bitte rechtzeitig mitteilen. Auch das Absetzen bestimmter Medikamente geben Sie uns bitte bekannt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m w  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat/mobil: \_\_\_\_\_ Fax Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte berücksichtigen Sie, dass für unsere Rechnungslegung ausschließlich und uneingeschränkt die staatlich vorgeschriebene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) maßgeblich ist. Anderslautende Bestimmungen oder private Versicherer können wir nicht berücksichtigen.**

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen.**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m w  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Kinder- / Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Liegen folgende Erkrankungen vor?

Herzkrankung ja nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Muss eine Endokarditisprophylaxe durchgeföhrt werden? ja nein  
Asthma ja nein  
Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein  
Lebererkrankungen (Hepatitis - Gelbsucht) ja nein  
Creutzfeld-Jakob-Krankheit ja nein  
Immunschwäche (HIV-Infektion) ja nein  
Blutgerinnungsstörungen ja nein  
Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Allergien ja nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

ja nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Wird ein Medikament zur Blutverdünnung eingenommen? ja nein

### Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme im Zahnbereich? \_\_\_\_\_

### Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-Gesichtsbereich oder an den Zähnen? ja nein

Wenn ja, welcher Art und wann? \_\_\_\_\_

Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein  
Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

### Für einen angenehmen Behandlungsablauf bitte zusätzlich ausfüllen:

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_  
Lieblingstier: \_\_\_\_\_  
Lieblingsschmack: \_\_\_\_\_  
Was mag Ihr Kind besonders gern? \_\_\_\_\_  
Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? \_\_\_\_\_

- Bitte wenden -



## Ernährungsanamnesebogen für Säuglinge und Kinder bis zum 2. Lebensjahr

### Liebe Eltern!

Es ist gut und wichtig rechtzeitig bei Ihrem Kind auf den Erhalt gesunder Zähne zu achten. Wenn Sie gezielt beraten werden wollen, was Sie für die Zahngesundheit Ihres Kindes tun können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

### Unser Kind trinkt und isst gerne:

---

---

---

### Unser Kind lehnt ab:

---

---

---

### Welche Milchnahrung bekam Ihr Baby?

- Es wird noch gestillt
- Es wurde gestillt, bis zum Alter von \_\_\_ Monaten
- Es erhielt Muttermilchersatznahrung

### Reagiert Ihr Kind bei der Zahnreinigung?

- Bereitwillig
- Mit Widerstand
- Wechselnd

### Das Kind trinkt bevorzugt:

- Wasser
- Kräutertee
- Früchtetee
- Fruchtsäfte / -schorle
- Limonade / Eistee
- Kakao

### Lutscht Ihr Kind?

- Daumen / Finger
- Schnuller
- Lutscher / Lollies
- Nein / Kaum

### Werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

- Bisher noch nicht
- Nicht regelmäßig
- \_\_\_ mal pro Tag
- Mit Zahnpasta, Marke: \_\_\_\_\_

### Das Kind trinkt aus:

- Becher / Glas / Tasse
- Flasche / aus Plastik / aus Glas
- Schnabeltasse

### Haben Sie sich schon über Vorsorge-Möglichkeiten zur Zahngesundheit ihres Kindes informiert?

- ja  nein

### Traten Probleme beim Durchbruch der Milchzähne auf?

- ja  nein

### Gibt es bei Ihnen oder Ihrer Familie starke Probleme hinsichtlich der Zähne?

- ja, \_\_\_\_\_
- nein

Ich verpflichte mich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_