



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
durchgeführt 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: _____