

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: _____
 Lieblingsgeschmack: _____
 Was mag Ihr Kind besonders gern? _____
 Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? _____

- Bitte wenden -



Ernährungsanamnesebogen für Kinder vom 3. bis zum 7. 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:

Was trinkt Ihr Kind in der Regel zum Frühstück?

- Kakao
 Milch
 Fruchtsaft
 Sonstiges: _____

Was bekommt Ihr Kind als Brotaufstrich?

- Marmelade / Schokocreme / Honig
 Käse / Schinken / Wurst
 Sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind üblicherweise am Nachmittag?

- ein Brot mit süßen Aufstrich
 Kekse / Kuchen / Süßigkeiten
 Joghurt / Milchprodukte
 Sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind zum Abendbrot?

- ein Brot mit süßen Aufstrich
 ein Brot mit Käse / Schinken / Wurst
 Sonstiges: _____

Was trinkt Ihr Kind zum Abendbrot?

- Kakao
 Milch
 Fruchtsaft
 Sonstiges: _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch?

- Fruchtsaft / Schorle
 Limonade / Eistee
 Ungesüßten Tee / Wasser
 Sonstiges: _____

Wie oft reinigen Sie in der Regel die Zähne Ihres Kindes?

- Nie / Selten
 Etwa 1 - 3 mal täglich

Wann werden die Zähne Ihres Kindes gereinigt?

- Morgens vor dem Frühstück
 Morgens nach dem Frühstück
 Mittags nach dem Essen
 Abends sofort nach dem Essen
 Abends vor dem Schlafengehen

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: _____