

## 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?

Herzerkrankung 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 -



Elbestraße 25, 38120 Braunschweig, Tel.: 0531-286070, Fax.: 0531-2860720, Email: praxis@zahnaerzte-elbestrasse.de

## 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: \_\_\_\_\_