



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 Kinder vom 8. bis zum 18. Lebensjahr

Mein erstes Frühstück ist um ___ Uhr und besteht aus:

- Brot mit süßen Belag
- Brot mit Käse / Schinken / Wurst
- Müsli
- Cornflakes / andere Flakes und Milch
- Obst
- Sonstiges: _____
- Ich esse nichts zum Frühstück
- Kakao / Kaffee oder Tee mit / ohne Zucker Milch
- Sonstige Getränke: _____

Mein Mittagessen ist um ___ Uhr und besteht aus:

- Rohkost
- Brot mit Käse / Schinken / Wurst
- warme Mahlzeit
- Dessert
- Obst
- Sonstiges: _____
- Getränke: _____

Am Nachmittag esse ich:

- ein Brot mit süßen Aufstrich
- Brot mit Käse / Schinken / Wurst
- Kekse / Kuchen / Süßigkeiten
- Joghurt / Milchprodukte
- Obst
- Sonstiges: _____
- Getränke: _____

Mein Abendessen ist um ___ Uhr und besteht aus:

- ein Brot mit süßen Aufstrich
- ein Brot mit Käse / Schinken / Wurst
- Rohkost
- Müsli
- warme Mahlzeit
- Sonstiges: _____
- Getränke: _____

Zwischendurch esse ich gerne:

- Kekse / Kuchen / Süßigkeiten
- Joghurt / Milchprodukte
- Obst
- Kaugummi
- Ich esse in der Regel nichts zwischendurch
- Sonstiges: _____

Zwischendurch trinke ich gerne:

- Fruchtsaft / Schorle
- Limonade / Eistee
- Ungesüßten Tee / Wasser
- nichts
- Ich trinke in der Regel nichts zwischendurch
- Sonstiges: _____

Ich benutze zur täglichen Zahnreinigung:

- Handzahnbürste
- Elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- Mundspüllösungen
- Zwischenraumbürsten
- Fluoridgel
- Zahnpasta, Marke: _____

Ich putze meine Zähne am Tag:

- gar nicht
- ___ mal am Tag

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: _____