

Medizinischer Fragebogen

für Säuglinge und Kinder bis zum 2. Lebensjahr

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 | Hausnummer PLZ | Ort

Telefon privat | mobil Fax

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

Straße | Hausnummer PLZ | Ort

Kinderarzt | Hausarzt Telefon privat | mobil

Straße | Hausnummer PLZ | Ort

Bitte wenden →

Medizinischer Fragebogen

für Säuglinge und Kinder bis zum 2. Lebensjahr

Liegen folgende Erkrankungen vor?

Herzerkrankung ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Muss eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt werden? ja nein

Asthma ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Lebererkrankungen (Hepatitis) 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?

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?

.....

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

Werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

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

Reagiert Ihr Kind bei der Zahnreinigung?

- Bereitwillig
- Mit Widerstand
- Wechselnd

Das Kind trinkt aus:

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

Das Kind trinkt bevorzugt:

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

Haben Sie sich schon über Vorsorgemöglichkeiten zur Zahngesundheit Ihres Kindes informiert?

- ja nein

Lutscht Ihr Kind?

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

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.

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient | Zahlungspflichtiger | gesetzl. Vertreter