

Medizinischer Fragebogen

für Kinder vom 3. bis zum 7. 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 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 isst Ihr Kind üblicherweise am Nachmittag?

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

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

- Nie / Selten
- Etwa 1-3 mal täglich

Was bekommt Ihr Kind als Brotaufstrich?

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

Was isst Ihr Kind zum Abendbrot?

- ein Brot mit süßem Aufstrich
- ein Brot mit Käse / Schinken / Wurst
- Sonstiges:

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch?

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

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.

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient | Zahlungspflichtiger | gesetzl. Vertreter