

## Medizinischer Fragebogen

### für Kinder vom 3. bis zum 7. 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 des Patienten

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 ..... Geschlecht  m  w

Straße | Hausnummer ..... PLZ | Ort .....

Kinderarzt | Hausarzt ..... Telefon privat | mobil .....

Straße | Hausnummer ..... PLZ | Ort .....

Bitte wenden →

## 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  ja  nein eingenommen?

#### 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:

.....

Lieblingsgeschmack:

.....

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