



## Medizinischer Fragebogen

für Kinder vom 8. bis zum 18. 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 8. bis zum 18. Lebensjahr

**Mein erstes Frühstück ist um ..... Uhr  
und besteht aus:**

- Brot mit süßem 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: .....

**Am Nachmittag esse ich:**

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

**Zwischendurch esse ich gerne:**

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

**Ich benutze zur täglichen Zahnreinigung:**

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

**Mein Mittagessen ist um ..... Uhr  
und besteht aus:**

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

**Mein Abendessen ist um ..... Uhr  
und besteht aus:**

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

**Zwischendurch trinke ich gerne:**

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

**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.

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient | Zahlungspflichtiger | gesetzl. Vertreter