

#### FACHARZTPRAXIS FÜR ORALCHIRURGIE

### Medizinischer Fragebogen

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

Liebe Eltern,

Bitte wenden →

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	$\circ$ m $\circ$ v
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort		
Telefon privat   mobil	Fax		
E-Mail			
Bitte berücksichtigen Sie, dass für unse staatlich vorgeschriebene Gebührenordi stimmungen oder private Versicherer kö	nung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) ma	_	
Sind Patient und Zahlungspflichtiger nic	ht identisch, bitte die folgenden A	ngaben ergänzen.	
Name   Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	○ m ○ v
Straße   Hausnummer			
	PLZ   Ort		
Kinderarzt   Hausarzt	·		
Kinderarzt   Hausarzt  Straße   Hausnummer	, i		
Kinderarzt   Hausarzt	Telefon privat   mobil		



### FACHARZTPRAXIS FÜR ORALCHIRURGIE

# Medizinischer Fragebogen

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

Herzerkrankung ja nein		Wann war der letzte Zahnarztbesuch?			
		○nein	Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme		
Wenn ja, welche?			im Zahnbereich?		
Muss eine Endokarditisprophylaxe					
durchgeführt werden?	-	○ nein	Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-	∩ia	○nein
Asthma	-	○ nein	Gesichtsbereich oder an den Zähnen?	⊖ja	Onem
Zuckerkrankheit (Diabetes)	-	onein	Wenn ja, welcher Art und wann?		
Lebererkrankungen (Hepatitis)	-	○ nein	Wenn ja, welcher Art und wann?		
Creutzfeld-Jakob-Krankheit		○ nein			
Immunschwäche (HIV-Infektion)	-	○ nein ○ nein			
Blutgerinnungsstörungen Sonstige Erkrankungen	∪ja	Onem	Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?	⊖ja	○nein
			Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleisch- bluten?	⊖ja	○nein
Allergien	⊖ja	○nein			
Wenn ja, welche?			Für einen angenehmen Behandlungsal zusätzlich ausfüllen:	olauf I	bitte
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	○ja	○ nein	Lieblingsfarbe:		
Wenn ja, welche?			Lieblingstier:		
Wird ein Medikament zur Blutverdünnung eingenommen?	⊖ja	○nein	Lieblingsgeschmack:		
			Was mag Ihr Kind besonders gern?		
			Was mag Ihr Kind überhaupt nicht?		



### FACHARZTPRAXIS FÜR ORALCHIRURGIE

## Ernährungsanamnesebogen

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

Mein erstes Frühstück ist um	Mein Mittagessen ist umUhr und besteht aus:  Rohkost  Brot mit Käse / Schinken / Wurst  warme Mahlzeit  Dessert  Obst  Sonstiges:
Sonstige Getränke:  Am Nachmittag esse ich:  ein Brot mit süßem Aufstrich  Brot mit Käse / Schinken / Wurst  Kekse / Kuchen / Süßigkeiten  Joghurt / Milchprodukte  Obst	Mein Abendessen ist um
Sonstiges:  Getränke:  Zwischendurch esse ich gerne:  Kekse / Kuchen / Süßigkeiten  Joghurt / Milchprodukte  Obst  Kaugummi Ich esse in der Regel nichts zwischendurch	Getränke:  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  Zahnseide  Mundspüllösungen  Fluoridgel  Zahnpasta, Marke:  Ich verpflichte mich Sie umgehend über alle während des	Ich putze meine Zähne am Tag:  gar nicht  mal am Tag  Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu h die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden
Ort/Datum	Unterschrift Patient   Zahlungspflichtiger   gesetzl. Vertreter