

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

1. Leidet oder litt Ihr Kind unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Angstzuständen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> ADHS/ADS | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen (Lähmungen, Epilepsie etc.) | |

Kinderarzt: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

2. Sind Ihnen allergische Reaktionen/ Unverträglichkeiten bekannt?

- Ja, auf _____ Nein

3. Allergiepass vorhanden?

- Ja Nein

4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente? _____

5. Nimmt Ihr Kind Vitamin D oder Fluorid ein?

- Ja Nein

6. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

7. Gibt es einen Röntgenpass für Ihr Kind?

- Ja Nein

Fragen zur Zahngesundheit:

1. Ist dies der erste Besuch beim Zahnarzt für Ihr Kind? Ja Nein

2. Hat bereits eine zahnärztliche Behandlung stattgefunden?
 Ja, bei: _____ Nein

3. Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlungen bei Ihrem Kind durchgeführt?

4. Hat bereits eine Röntgenuntersuchung stattgefunden?
 Ja, am: _____ bei: _____ Nein

5. Hat Ihr Kind Beschwerden an den Zähnen? Ja Nein

6. Ist Ihr Kind anfällig für Karies? Ja Nein

7. Wurden bereits Zähne entfernt? Ja Nein

8. Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein

9. Lutscht Ihr Kind am Daumen? Ja Nein

10. Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder Lippe? Ja Nein

11. War/ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Ja Nein

12. Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln? Ja Nein

13. Presst oder Knirscht es mit den Zähnen? Ja Nein

14. Hat Ihr Kind Beschwerden an den Kiefergelenken? Ja Nein

15. Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen? Ja Nein

16. Leidet Ihr Kind unter Rückenschmerzen? Ja Nein

17. Wurden die Zähne/der Kiefer bei einem Unfall verletzt? Ja Nein

18. Hat Ihr Kind Probleme beim Kauen? Ja Nein

19. Liegt eine erschwerte Nasen-/Mundatmung vor?
(Schnarchen) Ja Nein

20. Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein

Sonstiges:

1. Gibt es noch etwas, was Sie uns über Ihr Kind erzählen möchten?

2. Sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes auf etwas Besonderes achten?

3. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

4. Ich möchte postalisch oder per E-Mail Praxis-Informationen erhalten.

5. Ich möchte per SMS an meinen nächsten Termin erinnert werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich etwas in der Anamnese Ihres Kindes ändert.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtig- und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung notwendige Röntgenaufnahmen bei meinem Kind gemacht werden.

Datum

Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten