

Gesundheitsfragebogen Kleinkind

Um bei der Behandlung Ihres Kindes alle Risiken einschätzen zu können und die für ihn optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Kind) Vorname Geburtsdatum

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Straße und Hausnummer Postleitzahl/Ort Beruf

Telefon E-Mail

Kinderarzt Kieferorthopäde

Name des Kostenträgers?

Krankenkasse oder Versicherung

freiwillig versichert beihilfeberechtigt zusatzversichert

Angaben zur allgemeiner Gesundheit Ihres Kindes	Ja	Nein	Erläuterung
---	----	------	-------------

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--	--------------------------	--------------------------	----------------------

Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--	--------------------------	--------------------------	----------------------

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--	--------------------------	--------------------------	----------------------

Hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten:

•Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Herz-Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
•Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Wie oft putz Ihr Kind die Zähne?

gar nicht manchmal 1 x täglich 2-3 x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt?

morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

Bekommt Ihr Kind nachts etwas zu trinken? ja nein

Wenn ja, wie? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____

Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee anderes _____

Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Lebensjahr / -monat)

Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

es schnullert / lutscht am Daumen: nein tagsüber, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann? _____ warum? _____

Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- / Vorsorgeuntersuchung? ja nein

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? ja nein

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? ja nein

Ich möchte, dass mein Kind an Recall teilnimmt. Das heißt, wir werden in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert.

Ja, ich möchte erinnert werden

Und ich bevorzuge die Kontaktaufnahme per Brief E-Mail

Nein, ich möchte nicht erinnert werden

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich der Gesundheitszustand meines Kindes ändert, teile ich es Ihnen mit.

Datum

Unterschrift

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Liebe/r Patient/in, wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (das heißt möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Datum

Unterschrift