

Gesundheitsfragebogen Kids



Vorname	Name	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ	Ort
Erziehungsberechtigte	Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/>
versichert über	Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/>	beide <input type="radio"/>
Versicherung	Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung Standardtarifvertrag		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Vorname Mutter	Name	Geburtsdatum	Geburtsort
----------------	------	--------------	------------

Straße	PLZ	Ort	Beruf
--------	-----	-----	-------

Vorname Vater	Name	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	------	--------------	------------

Straße	PLZ	Ort	Beruf
--------	-----	-----	-------

Telefon tagsüber	Email- Adresse
------------------	----------------

Name Kinderarzt	Telefonnummer
-----------------	---------------

Straße	PLZ Ort
--------	---------

Allgemeine Situation

1. Hat oder hatte ihr Kind eine der folgenden Krankheiten

Asthma, Atemnot	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumor	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Epilepsie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hör- oder Sehprobleme	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Genetische Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tuberkulose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
HIV	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Lernschwäche, AD(H)S	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Vitamin- B12-Mangel	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Sonstige Krankheiten: _____

2. Hat ihr Kind Allergien? _____

3. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____

4. Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft und / oder Geburt? Wenn ja, welche?

5. Ist ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein

--> bitte wenden

Zahn- Mund- Situation

1. Was ist der Grund des heutigen Besuchs? _____

2. Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Positiv neutral ängstlich erster Zahnarztbesuch

3. War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

4. Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, dass ihr Kind gestört hat? Wenn ja, was?

5. Bekommt ihr Kind Fluoride? Ja, als Tabletten Zahnpasta Salz nein

6. Bekommt ihr Kind noch das Fläschchen? Wenn ja, was trinkt ihr Kind daraus?

Ja, mein Kind trinkt: _____ nein

7. Benutzt ihr Kind einen Schnuller oder nuckelt es am Daumen? ja nein

9. Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Name des behandelnden Kieferorthopäden: _____

Einblicke in die Welt Ihres Kindes

Hobbies _____ Lieblingsbuch/-film _____

Lieblingsessen _____ Lieblingsgetränk _____

Lieblingsfarbe _____ Lieblingstier _____

Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!) _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

Besondere Wünsche an den heutigen Besuch in unserer Praxis: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

Kiga/Tagesmutter Freunde/Bekannte
Kinderarzt Zahnarzt
Internet Sonstige

Tipps für einen erfolgreichen Behandlungsablauf in der Zahnarztpraxis

1. Vermeiden Sie negativ besetzte Begriffe und Redewendungen wie beispielsweise "Du musst keine Angst haben", "es tut nicht weh", "Spritze" etc. in der Vorbereitung auf Ihren Besuch bei uns.

2. Es tut Ihrem Kind gut, wenn Sie ein paar Minuten vor Behandlung bei uns sind.

Ihr Sohn bzw. Ihre Tochter hat so Zeit sich einzugewöhnen.

3. Wir erklären Ihrem Kind was der Zahnarzt macht. Bitte halten Sie sich mit eigenen Erklärungsversuchen zunächst zurück. Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift