JULIA FASSNACHT JF Zahnärztin für Erwachsene und Kinder

Sehr geehrte Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis!
Dieser Fragebogen dient der Gesundheit und der Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie in sorgfältig aus. Diese Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.
Vielen Dank!

Name, Vorname des Kindes: _____ **geb. am:** _____

Name, Vorname der Mutter: _____ **geb. am:** _____

Name, Vorname des Vaters: _____ **geb. am:** _____

Anschrift: _____ **Telefon (privat):** _____

_____ **Telefon (mobil):** _____

gesetzlich versichert: ☐ **privat versichert:** ☐ **Name der Krankenkasse:** _____

Als Familienangehöriger mitversichert bei: ☐ Mutter ☐ Vater

Beruf: (des Versicherten) _____

Arbeitgeber: _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: _____

Kindergarten: ☐ Ja ☐ Nein **Schulklasse:** _____

Grund des Besuches: _____

_____

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:_____

_____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten für verwaltungstechnische und wissenschaftliche Zwecke (Fortbildungen) einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr je angefangene halbe Stunde 50,-€ berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach §615 BGB).

Ludwigsburg, den _____ Unterschrift: _____
(Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

ALLGEMEINE ANAMNESE

Ist ihr Kind z. Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztlicher) Behandlung?

Ja, wegen _____ ☐ Nein
Arzt/Ärztin: _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?:
_____

Herz/Kreislauf

Angeborene Herzfehler ☐ Ja ☐ Nein
Herzgeräusche ☐ Ja ☐ Nein
Herzpass ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle ☐ Ja ☐ Nein
Krämpfe ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges _____

Bluterkrankungen

Hämophilie (Bluter) ☐ Ja ☐ Nein
Blutarmut (Anämie) ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges _____

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit

Allergie ☐ Ja ☐ Nein (nicht bekannt)
Welche? _____
Asthma ☐ Ja ☐ Nein
(nicht bekannt)
Latexallergie ☐ Ja ☐ Nein (nicht bekannt)
Allergiepass ☐ Ja ☐ Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____
Chronische Atemwegserkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Krankenhausaufenthalte ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann und weshalb?_____

_____

Sonstige Erkrankungen, Syndrom, etc.: _____

_____

_____
DATUM UNTERSCHRIFT Erziehungsberechtigte/r

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

(wird von uns ausgefüllt !!!)

Erster Zahnarztbesuch mit _____ Jahren.

Heutiger Anlass:_____

_____

Zahnarzterfahrungen des Kindes

☐ gut
☐ mittel
☐ schlecht

Behandlungsmöglichkeit

☐ gut
☐ mittel
☐ nicht möglich

Mund-Kiefer – OPs/Unfälle?

☐ Frontzahntrauma ☐ MKG-OPs ☐ o.B.
Wann? Warum? _____
Folgen: _____

Habits

Daumen ☐ Ja bis: ____/____Mo/J ☐ Nein
Finger ☐ Ja bis: ____/____Mo/J ☐ Nein
Schnuller ☐ Ja bis: ____/____Mo/J ☐ Nein

Flasche/Brust

Stillen Ja bis: ____/____Mo/J ☐ Nein
Flasche Ja bis: ____/____Mo/J ☐ Nein

Nuckler? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja? ☐ nachts ☐ tags
Inhalt: _____

KFO-Behandlung

Mutter ☐ Ja ☐ Nein
Vater ☐ Ja ☐ Nein
Geschwister ☐ Ja ☐ Nein
Patient ☐ Ja ☐ Nein
KFO geplant? ☐ Ja ☐ Nein

Mundhygiene

Zähneputzen ☐ gar nicht ☐ ≥ 1-mal täglich
☐ 1-2-mal täglich ☐ > 3-mal täglich

Individuelle Fluoridanamnese

(von der Prohylaxehelferin zu erheben)

Fluoridiertes Speisesalz ☐ Ja ☐ Nein
Kinderzahnpasta ☐ Ja ☐ Nein
Fluoridtabletten ☐ Ja (____mg) ☐ Nein
Wenn ja, wie lang? _____Monat(e)/Jahr(e)

_____
DATUM, UNTERSCHRIFT PROPHYLAXEHELFERIN UND ZAHNÄRZTIN

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Brot	☐	Tee	☐
Müsli	☐	Kakao	☐
Marmelade	☐	Milch	☐
Nutella	☐	Saft/Schorle	☐
Honig	☐	Limonade	☐
Käse/Wurst	☐	Mineralwasser	☐
Sonstiges		Sonstiges	
_____		_____	

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

Belegtes Brot	☐	Kuchen	☐
Obst/Rohkost	☐	Chips	☐
Süßigkeiten	☐	Sonstiges	
		_____	

Was trinkt Ihr Kind im Verlaufe des Tages?

Wasser	☐	Kakao	☐
Limonade	☐	Milch	☐
Saft/-schorle	☐	Sonstiges	
		_____	

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen?

_____

Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt?

morgens	☐	vor den Mahlzeiten	☐
mittags	☐		
abends	☐	nach den Mahlzeiten	☐

Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt ….

vom Kind allein	☐	mit Handzahnbürste	☐	mit Kinderzahnpasta	☐
mit Hilfe der Eltern	☐	mit elektrische Zahnbürste	☐	mit Erwachsenenzahnpasta	☐
von den Eltern	☐		☐		

Was Ihr Kind <u>mag</u> und <u>nicht mag</u> …

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft hilfreich.

Lieblingsspielzeug: _____ Lieblingsbeschäftigung: _____

Lieblingsbuch: _____ Lieblingsfernsehsendung: _____

Lieblingsessen:_____ Lieblingsgetränk: _____

Lieblingsfarbe:_____ Die beste Freundin/der beste Freund: _____

Das mag Ihr Kind **nicht**:

_____**!!!**