

Gesundheitsfragebogen für Kinder (bitte jedes Jahr überprüfen)

Bitte beantworten Sie die Fragen zu den **Zähnen** Ihres Kindes und zu seinem **allgemeinen Gesundheitszustand**. Kreuzen Sie das Zutreffende an. Für die Kurzfassung bitte nur die **schwarz umrandeten** und **fett gedruckten** Fragen beantworten. Wir helfen Ihnen gerne dabei. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Nachname des Kindes:

Vorname:

Geb.:

.....

.....

.....

Zähne und Mundhöhle

a) Allgemein

1. Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? ...		
2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Liegt ein zahnärztliches oder ärztliches Kinderuntersuchungsheft vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“) oder undichte Füllungsrän-der?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Häufiges Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Sind Sie und Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

b) Funktion

1. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumusku- latur, an Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Kann es gut abbeißen oder kauen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Daumenlutschen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Nägelkauen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Knacken oder Reiben im Kiefergelenk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Ist Ihr Kind Mundatmer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

d) Vorbeugung

1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten mit der Zahnbürste mindestens zweimal täglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Verwenden Sie eine fluoridhaltige Zahnpasta?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride (Gele, Spülungen, ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte wenden

→



