



gesundheitsfragebogen für kinder

Fragen zu den Zähnen Ihres Kindes und zu seinem allgemeinen Gesundheitszustand.

Für die Kurzfassung bitte nur die blau umrandeten Fragen beantworten. Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name: Geb.:

zähne und mundhöhle

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 Füllungsränder? | 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"/> |

funktion

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumuskulatur, 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"/> |

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"/> |

7. Nimmt Ihr Kind häufig zuckerhaltige Speisen oder Getränke zu sich? Ja Nein

allgemeiner gesundheitszustand

leidet ihr kind an:

1.	Ansteckende Krankheiten? Infektionskrankheiten? Welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.	Herzerkrankung? Operationen am Herz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3.	Allergien? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Blutungsneigung (Bluterkrankheit ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Herz-, Kreislaufbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Arzt: Tel:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9.	Nimmt Ihr Kind Medikamente? Welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.	Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate am Kopf geröntgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch in Zukunft über eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes.

Bitte teilen Sie uns auch andere Dinge mit, die Sie für wichtig halten:

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____