

# Gesundheitsfragebogen für Kinder



NAME DES KINDES: _____	GEBURTSDATUM: _____
VERSICHERTER: _____	GEBURTSDATUM: _____
SORGEBERECHTIGTER: _____	
ANSCHRIFT: _____	TELEFONNUMMER: _____
HAUSARZT: _____	
<small>(ADRESSE/TELEFONNR)</small>	
VERSICHERUNG: _____	

Weshalb kommen sie mit Ihrem Kind zu uns?

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	Ja	Nein
Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung?	Ja	Nein
Welche? _____		
Hat ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt oder der zahnärztl. Behandlung?	Ja	Nein
Liegt ein zahnärztl. oder ärztl. Untersuchungsheft vor?	Ja	Nein
Hat ihr Kind Zahnschmerzen?	Ja	Nein
Wo? _____ Welcher Art? _____		
Hatte ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne?	Ja	Nein
Häufiges Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch?	Ja	Nein
Sind Sie oder Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden?	Ja	Nein
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	Ja	Nein
Beobachten sie braune Verfärbungen an den Zähnen?	Ja	Nein
Hat ihr Kind Beschwerden mit der Kaumuskulatur, an Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk?	Ja	Nein
<b>Funktion:</b>		
Kann es gut abbeißen und kauen?	Ja	Nein
Daumenlutschen?	Ja	Nein
Nägelkauen?	Ja	Nein
Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?	Ja	Nein
Knacken oder Reiben im Kiefergelenk?	Ja	Nein
Ist ihr Kind Mundatmer?	Ja	Nein

**Bitte Wenden**

**Vorbeugung:**

Putzt ihr Kind seine Zähne selbständig?	Ja	Nein
Putzen sie ihrem Kind von allen Seiten mind. 2X tägl. die Zähne nach?	Ja	Nein
Verwenden sie regelmäßig zusätzliche Fluoride (Gele, Spülung...)?	Ja	Nein
Kochen sie mit fluoridiertem Kochsalz?	Ja	Nein
Bekommt ihr Kind Fluoridtabletten?	Ja	Nein
Nimmt ihr Kind zuckerhaltige Speisen zu sich?	Ja	Nein

---

**Allgemeiner Gesundheitszustand:**

Ansteckende Krankheiten? Infektionskrankheiten?	Ja	Nein
Welche? _____		
Herzkrankheiten? Operationen am Herzen?	Ja	Nein
Allergien?	Ja	Nein
Welche? _____		
Blutungsneigung? (Bluterkrankheit,...)	Ja	Nein
Zuckerkrankheit?	Ja	Nein
Herz-, Kreislaufbeschwerden?	Ja	Nein
Hatte ihr Kind schon mal einen epileptischen Anfall?	Ja	Nein
Ist ihr Kind zur Zeit in ärztl. Behandlung?	Ja	Nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente?	Ja	Nein
Welche? _____		
Wurde ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?	Ja	Nein

Bitte informieren sie uns auch in Zukunft über eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ihres Kindes.

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

---

Für Privatpatienten:

Der Steigerungssatz der Privatliquidation kann sich in begründeten, Fällen bis zum 3,5-fachen des Regelsatzes erhöhen. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. (GOZ/GOÄ)  
Ich verpflichte mich dass nach den o.g. Gebührenordnungen berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung u. o. Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen jedoch den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum:

Unterschrift: