

Gesundheitsfragebogen für Kinder (1.-5. Lebensjahr)

Name, Vorname (Kind) geb. Krankenversicherung

Anschrift des Kindes

Name, Vorname (Versicherter) geb. Tel.: Festnetz & mobil

Anschrift des Versicherten (wenn abweichend zu obenstehenden Adressdaten) E-Mail

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Teilen Sie uns bitte vor jeder Behandlung mit, wenn sich Änderungen bei den Personalien oder dem Gesundheitszustand ergeben haben. –**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.** Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt.

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Befindet sich ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____ | | |
| Wer ist der Hausarzt/Kinderarzt? _____ | | |
| Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Leidet ihr Kind an Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind Asthma oder Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind eine Latexallergie (Luftballons, Gummihandschuhe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen/Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind eine Herzerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind eine Zucker- (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutet ihr Kind lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, MRSA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es andere Erkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie damit einverstanden, dass wir ein Röntgenbild anfertigen, wenn es medizinisch notwendig sein sollte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beachten Sie auch die Rückseite



Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?

- Kind Eltern Kind und Eltern

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind/putzt ihr Kind die Zähne?

- gar nicht unregelmäßig 1x täglich 2x – 3x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine fluoridfreie Zahnpasta Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

ja **nein**

-

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

-

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

- Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee anderes _____

Woraus trinkt Ihr Kind seine Getränke?

- Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz Tasse/Becher mit Trinkaufsatz Nuckelflasche

Bekommt Ihr Kind nachts (20 Uhr bis 8 Uhr) etwas zu trinken?

ja **nein**

-

Wenn ja, wie? es wird gestillt Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere

Welche Schnuller- bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Es schnullert/lutscht am Daumen (bitte nichtzutreffendes durchstreichen):

- nein tags, wenn es müde ist zur Beruhigung zum Einschlafen

Sind Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt gewesen?

ja **nein**

-

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlichen Behandlungen zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind (z.B. Mutter des Kindes)? _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?

ja **nein**

-

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/Vorsorgeuntersuchung?

-

Gehen Sie nur zum Zahnarzt, wenn Sie Schmerzen haben?

-

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?

-

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie um eine Schweigepflichtentbindung für den Fall, dass es für die Behandlung des Kindes notwendig ist, Röntgenbilder und Befunde an Kieferchirurgen oder andere Behandler weiter zu leiten.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit **ZAHNKOWSKI mvz**

ZFA: _____

Stand: 01.09.2021