

PATIENT (Kind):



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

HAUPTVERSICHERTER (z.B. Elternteil)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

1) Wer sind Ihre behandelnden Ärzte:

Kinderarzt _____

2) Hat oder hatte Ihr Kind die folgenden allgemeinmedizinischen Erkrankungen?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Arthrose |
- sonstige Erkrankungen: _____

3) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja, welche? _____
- Nein

4) Neigt Ihr Kind zu den folgenden allergischen Reaktionen?

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Kreuzallergien (z.B. Ananas, Kiwi, Erdbeeren, Banane, Paprika, Tomate) |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge/Ekzeme | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Medikamente, welche genau? _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontakt mit Latex | |

5) Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt?

- Ja, was genau? _____
- Nein



6) Hat oder hatte Ihr Kind folgende Therapien?

- Ergotherapie Logopädie Physiotherapie keine

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

7) Hat Ihr Kind genuckelt oder wurde es gestillt?

- Ja, wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller, etc.)
 Nein

8) Trinkt Ihr Kind noch aus folgenden Behältern?

- Flasche Trinklerbecher Schnabeltasse Sportflasche

Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____

9) a. Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? _____

b. Womit putzt Ihr Kind?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

c. Putzt Ihr Kind alleine?

- Ja Nein



10) Bekommt Ihr Kind Fluoride?

- Ja, in welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gelee Salz Mineralwasser
 Nein

11) War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

- Ja
 Nein

12) Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

- Ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht?

- Nein

13) Wurde schon einmal eine Röntgenaufnahme der Zähne oder des Kiefers angefertigt?

- Ja, bei welchem Arzt? _____
 Nein

Ich habe diesen Fragebogen mit meiner Tochter / meinem Sohn zusammen ausgefüllt.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Neustadt, den _____ Unterschrift _____

(Erziehungsberechtigter/ Sorgerechtigter/gesetzlicher Vertreter/Vormund/Bevollmächtigter/Betreuer)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit. Vielen Dank!