



Liebe Eltern,

zur optimalen Behandlung Ihres Kindes beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen:

	<i>Daten des Kindes</i>	<i>Über wen ist das Kind versichert?</i>
Vorname
Nachname
Geburtsdatum/Ort
Straße
Wohnort
Telefon
Name der Versicherung

Möchten Sie an die jährliche Kontrolluntersuchung Ihres Kindes erinnert werden? ja nein

Falls ja, bitte Ihre Mailadresse eintragen:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Allgemeinmedizinische Anamnese

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei welchem Arzt?
.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?
.....

Leidet Ihr Kind an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen? ja nein

Reagiert ihr Kind allergisch auf Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? ja nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? ja nein

Hat Ihr Kind Diabetes oder eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? ja nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? ja nein

Hat Ihr Kind andere Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?
.....

Zahnmedizinische Anamnese

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

.....

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahn-Bereich angefertigt? ja nein

.....

Wie oft putzen sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht manchmal 1x täglich 2-3x täglich

.....

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern Kind Eltern und Kind

.....

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

morgens mittags abends

vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

.....

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

.....

Welche Zahnpasta verwendet Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie fluoridhaltige Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

.....

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Name des Kieferorthopäden:

.....

Wenn Ihr Kind unter 3 Jahre alt ist, beantworten Sie bitte auch folgende Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und Fluoridnutzung:

Wird / wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

.....

Bekommt Ihr Kind nachts etwas zu trinken? ja nein
Wenn ja, was?

.....

Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckelflasche? ja nein
Welches Getränk ist am häufigsten darin?

.....

Schnullert / lutscht Ihr Kind am Daumen? ja nein

Wenn ja, wann? häufig zur Beruhigung tags, wenn es müde ist

.....

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
Wenn ja, welche?

.....

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Unterschrift Ärztin