



Gesundheitsfragebogen für Kinder

(Bitte jedes Jahr überprüfen)

Bitte beantworten Sie die Fragen zu den **Zähnen** Ihres Kindes und zu seinem **allgemeinen Gesundheitszustand**. Kreuzen Sie das Zutreffende an. Für die Kurzfassung bitte nur die schwarz umrandeten und **fett gedruckten** Fragen beantworten. Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Nachname des Kindes:

Vorname:

Geb.:

.....

.....

.....

Zähne und Mundhöhle

a) Allgemein

1. Weshalb kommen Sie mit ihrem Kind zu uns?

.....

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ja Nein

3. Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung?

Ja Nein

4. Liegt ein zahnärztliches oder ärztliches Kinderuntersuchungsheft vor?

Ja Nein

5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

Ja Nein

6. Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“) oder undichte Füllungsrän-der?

Ja Nein

7. Hatte Ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne?

Ja Nein

8. Häufiges Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch?

Ja Nein

9. Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

Ja Nein

10. Sind Sie oder Ihr Kind mit dem Aussehen seine Zähne zufrieden?

Ja Nein

b) Funktion

1. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

Ja Nein

2. Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumuskulatur, am Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk?

Ja Nein

3. Kann es gut abbeißen oder kauen?

Ja Nein

4. Daumenlutschen?

Ja Nein

5. Nägelkauen?

Ja Nein

6. Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?

Ja Nein

7. Knacken oder Reiben im Kiefergelenk?

Ja Nein

8. Ist Ihr Kind Mundatmer?

Ja Nein

c) Allgemein

1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten mit der Zahnbürste mind. zwei mal 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 fluoridhaltigen 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 zuckerhaltige Speisen zu sich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Allgemeiner Gesundheitszustand

Leidet Ihr Kind an:

1. Ansteckenden Krankheiten? Infektionskrankheiten?		
Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Herzkrankheiten? Operationen am Herz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Allergien?		
Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Blutungsneigungen (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?		
Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate 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 (Aktualisierung)

.....
Unterschrift