



Fragebogen

0-11J

I. Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name (Versicherter)	Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum (Versicherter)
_____	_____	_____
Straße	Postleitzahl	Wohnort
_____	_____	_____
Telefon privat	Mobil	eMail
_____	_____	_____
Hausarzt/ Kinderarzt	Krankenkasse	Zusatzversicherung/ beihilfeberechtigt?
_____	_____	_____
Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?	_____	Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

II. Medizinische Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Ja, gegen _____		

» weiter auf der Rückseite



	Ja	Nein
War Ihr Kind vor kurzem oder ist es noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund? _____		
War Ihr Kind mehr als viermal im Jahr für mindestens eine Woche krank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Traten jemals Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Zahnmedizinische Anamnese

Was ist Ihr Hauptanliegen? Mit welchen Wünschen kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?

Vorsorgeuntersuchung und Beratung über Vorsorgemaßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung und Behandlung von Karies und Zahnfleischproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung über Zahnstellungs-Korrekturen und Kieferregulierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____		

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____		

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne: _____

Putzt Ihr Kind selbstständig die Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Putzen Sie die Zähne noch nach oder kontrollieren Sie die Mundhygiene Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendet Ihr Kind eine fluoridierte Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen Sie Wert auf eine fluoridfreie Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendet Ihr Kind eine elektrische Zahnbürste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>