

Fragen zur Gesundheit

Name:

Herz / Kreislauf:

Herzgeräusche ☐ ja ☐ nein
 Herzfehler ☐ ja ☐ nein
 Herz-Operation ☐ ja ☐ nein
 hoher/niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein

sonstige Erkrankungen:

Allergien:

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche:

Gibt es einen Allergiepass:

☐ ja ☐ nein

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes ☐ ja ☐ nein

sonstige Erkrankungen:

Sonstige Erkrankungen:

Niere ☐ ja ☐ nein
 Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
 Magen-Darm ☐ ja ☐ nein
 Atemwege ☐ ja ☐ nein
 Rheuma ☐ ja ☐ nein
 Schwerhörigkeit ☐ ja ☐ nein
 Blind/Fehlsichtig ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen:

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle ☐ ja ☐ nein
 Krämpfe ☐ ja ☐ nein

sonstige Erkrankungen:

Bluterkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein

sonstige Erkrankungen:

Regelmäßige Medikamente:

Medikamentenunverträglichkeit:

Gibt es in der Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten?

Geistige Entwicklung ☐ ja ☐ nein Lernfähigkeit ☐ ja ☐ nein
 Motorische Entwicklung ☐ ja ☐ nein Konzentrationsfähigkeit/ADS ☐ ja ☐ nein
 Sprachentwicklung ☐ ja ☐ nein Autismus ☐ ja ☐ nein

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?

Erkrankung:

Wann?

Wer hat die Anamnese ausgefüllt?

☐ Mutter

☐ Vater

☐

Kiel, den

Name:

Bitte wenden →

Um uns auf die Zahnkontrolle oder auch Zahnbehandlung Ihres Kindes richtig einstellen zu können und Sie entsprechend beraten zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt / bei einer Zahnärztin? ☐ ja ☐ nein

Ist es ein Termin nur zur Kontrolle und Prophylaxe? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihnen etwas an den Zähnen aufgefallen? Gibt es Behandlungsbedarf? ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie von einem Zahnarzt / einer Zahnärztin überwiesen? Wenn „ja“: ☐ ja ☐ nein

Wer hat Sie überwiesen?

Wurden Sie mit Ihrem Kind zur Behandlung in Vollnarkose/ITN überwiesen? ☐ ja ☐ nein

Wie oft werden die Zähne täglich geputzt? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x
☐ morgens ☐ mittags ☐ abends

☐ Kind putzt alleine ☐ Eltern kontrollieren und putzen nach ☐ Eltern putzen die Zähne

Womit werden die Zähne geputzt? ☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste

☐ Babyzahncreme ☐ Kinderzahncreme ☐ Juniorzahncreme ☐ Erwachsenenzahncreme

☐ mit Fluorid ☐ ohne Fluorid ☐ zusätzlich 1x/Woche Elmex gelee

Was trinkt Ihr Kind regelmäßig zwischen den Mahlzeiten?

☐ Wasser/Mineralwasser ☐ Milch ☐ Teebeuteltee, ungesüßt

☐ Saft ☐ Saftschorle ☐ Granulat-Tee ☐ Kakao

Trinkt Ihr Kind regelmäßig (öfter als 1x/Woche) Fanta, Eistee, Cola oder andere Softdrinks?

☐ ja ☐ nein

Wie häufig nascht Ihr Kind?

☐ Selten, nicht täglich ☐ 1-2 süße Zwischenmahlzeiten/Tag ☐ Kind nascht viel

Nur für Babys und Kleinkinder auszufüllen:

In welcher Form nimmt Ihr Kind die Nahrung auf?

☐ Stillen ☐ Saugerflasche ☐ Brei (Löffel) ☐ feste Nahrung (Löffel/Gabel)

Wird Ihr Kind nachts wach und bekommt dann eine Mahlzeit?

☐ ja ☐ nein

Bekommt Ihr Kind Fluorid-Tabletten?

☐ ja ☐ nein

Nimmt Ihr Kind einen Schnuller / Daumen oder andere Finger zum Saugen/Lutschen?

☐ Nein ☐ Schnuller ☐ Daumen/Finger ☐

Was sollten wir sonst noch über Ihr Kind wissen?
