

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:

Regelmäßige Medikamente:

Medikamentenunverträglichkeit:

Gibt es in der Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten?

Geistige Entwicklung

ja

Lernfähigkeit

ja

Motorische Entwicklung

ja

Konzentrationsfähigkeit/ADS

ja

Sprachentwicklung

ja

Autismus

ja

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?

Seltens, 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?
