

--	--	--	--

Name: _____

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

Herz / Kreislauf:

Herzfehler () ja () nein
 Herzgeräusche () ja () nein
 hoher/niedriger Blutdruck () ja () nein
 Erkrankung: _____

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes () ja () nein
 Erkrankung: _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle () ja () nein
 Krämpfe () ja () nein
 Erkrankung: _____

Bluterkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen () ja () nein
 Erkrankung: _____

Allergien:

() ja () nein
 Wenn „ja“, welche: _____

Gibt es einen Allergiepass? () ja () nein

Sonstige Erkrankungen:

Niere () ja () nein
 Schilddrüse () ja () nein
 Magen-Darm () ja () nein
 Atemwege () ja () nein
 Rheuma () ja () nein
 Schwerhörigkeit/Taubheit () ja () nein
 Blindheit () ja () nein
 Erkrankung: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig () ja () nein
 Medikamente ein?

Wenn „ja“, welche: _____

Gibt es Medikamenten- () ja () nein
 unverträglichkeiten?

Wenn „ja“, welche: _____

Gibt es in der Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten?

Geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> ja	Lernfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja
Motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> ja	Konzentrationsfähigkeit / ADS	<input type="checkbox"/> ja
Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> ja		

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

Erkrankung? _____ wann? _____

Operationen? _____ wann? _____

Kiel, den _____

Unterschrift _____

Bitte wenden ►

Um uns auf die 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? ja nein

Wann zuletzt? _____

Name des Zahnarztes _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

- einmal
- zweimal
- dreimal

Wann?: morgens mittags abends

Wie?: Kind putzt alleine Eltern kontrollieren und putzen nach Eltern putzen die Zähne

Womit?: Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
 Kinderzahncreme mit Fluorid ohne Fluorid
 Juniorzahncreme
 Erwachsenenzahncreme

_____ Name der Zahncreme

1x in der Woche zusätzlich mit „Elmex Gelee“

Werden die Mahlzeiten Ihres Kindes mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet? ja nein

Was trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten?

- Wasser Mineralwasser Teebeuteltee, ungesüßt gesüßten Tee Granulat-Tee
- Saft verdünnte Säfte/Schorle
- Milch Kakao

Trinkt Ihr Kind regelmäßig (öfter als 1x pro Woche) Cola, Fanta, Eistee etc.? ja nein

Wie häufig nascht Ihr Kind?

- selten, nicht täglich
- 1-2 süße Zwischenmahlzeiten pro Tag
- Kind nascht viel

Für Babys und Kleinkinder:

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 oder den Daumen/andere Finger zum Saugen/Lutschen?

- nein
- Daumen
- Schnuller
- _____

Was sollten wir sonst noch über Ihr Kind wissen?
