

Zahnarztpraxis  
 Dr. Beatrice Hartmann  
 Daisendorfer Str. 12  
 88709 Meersburg  
 Tel.: 07532 65 10  
 info@zahnarztpraxis-meersburg.de  
 www.zahnarztpraxis-meersburg.de



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern,  
 vielen Dank für das Vertrauen, dass Sie uns entgegenbringen. Damit Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind bei uns wohlfühlen, benötigen wir einige Informationen. Bitte beantworten Sie uns die Fragen über den Gesundheitszustand und die individuellen Besonderheiten Ihres Kindes. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**PATIENT/IN** .....  
 Name ..... Vorname .....  
 Geburtstag ..... Geburtsort .....

**ZAHLUNGS-  
 PFLICHTIGE (R )** .....  
 Name ..... Vorname .....  
 Geburtstag .....

**ANSCHRIFT  
 ZAHLUNGS-  
 PFLICHTIGE (R)** .....  
 Straße ..... PLZ/Ort .....  
 Telefon privat ..... Mobiltelefon .....  
 Emailadresse .....

**KRANKEN-  
 VERSICHERUNG** .....  
 Name der Versicherung .....

**KINDERARZT** .....  
 Name ..... PLZ/Ort .....

**VORBEHANDELNDE  
 ZAHNARZT** .....  
 Name ..... PLZ/Ort .....

**EMPFEHLUNG DURCH** .....  
 Name .....  
 Internet  Werbung  Telefonbuch

Erster Zahnarztbesuch mit ..... Jahren

Grund des Besuches:  
 .....

Fand bei Ihrem Kind eine Röntgenuntersuchung statt? ja

Dürfen wir bei Ihrem Kind Röntgen? ja

Hat ihr Kind Angst? (Allgemein, vor was?) .....

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Zahnarzt) .....

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? ja   
 Wenn ja, welche? .....

Normale Entwicklung des Kindes? Ja   
 Anmerkungen .....

## GESUNDHEITLICHE RISIKEN

- Bestehen gesundheitliche Risiken? ja   
Wenn ja, welche? .....
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja   
Wenn ja, welche? .....
- Hat Ihr Kind Allergien? Ja   
Wenn ja, welche? .....
- Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja
- Ist Ihr Kind an Diabetes erkrankt? ja
- Hat Ihr Kind Hepatitis B/C? ja
- Hat Ihr Kind HIV? ja
- Hat Ihr Kind Asthma? ja
- Leidet Ihr Kind unter Erkrankungen des Nervensystems?  
(Epileptische Anfälle, Krämpfe etc.) ja
- Hat Ihr Kind Herz-/Kreislaufkrankungen? ja

## WELCHE ZAHNPUTZGEWOHNHEITEN HAT IHR KIND?

- Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja   
Handzahnbürste  elektr. Zahnbürste  einmal täglich  zweimal täglich
- Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja   
Wenn ja, welche? .....
- Befindet sich Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung? ja   
Wenn ja, wo? .....

## ESSGEWOHNHEITEN IHRES KINDES

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

- |                                 |                                  |                             |                                     |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Brot <input type="radio"/>      | Nutella <input type="radio"/>    | Tee <input type="radio"/>   | Saft/Schorle <input type="radio"/>  |
| Müsli <input type="radio"/>     | Honig <input type="radio"/>      | Kakao <input type="radio"/> | Limonade <input type="radio"/>      |
| Marmelade <input type="radio"/> | Käse/Wurst <input type="radio"/> | Milch <input type="radio"/> | Mineralwasser <input type="radio"/> |
| Sonstiges .....                 |                                  | Sonstiges .....             |                                     |

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

- |                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Belegtes Brot <input type="radio"/> | Kuchen <input type="radio"/> |
| Obst/Rohkost <input type="radio"/>  | Chips <input type="radio"/>  |
| Süßigkeiten <input type="radio"/>   | Sonstiges .....              |

Was trinkt Ihr Kind im Verlaufe des Tages? Und wie häufig?

- |                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Wasser <input type="radio"/>       | Kakao <input type="radio"/> |
| Limonade <input type="radio"/>     | Milch <input type="radio"/> |
| Saft/Schorle <input type="radio"/> | Sonstiges .....             |

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung erinnern? ja

Den Gesundheitsbogen für Kinder habe ich verstanden, und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Änderungen, z.B. über den Gesundheitszustand meines Kindes, gebe ich gerne sofort an den Zahnarzt weiter.

Meersburg, .....  
Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigter