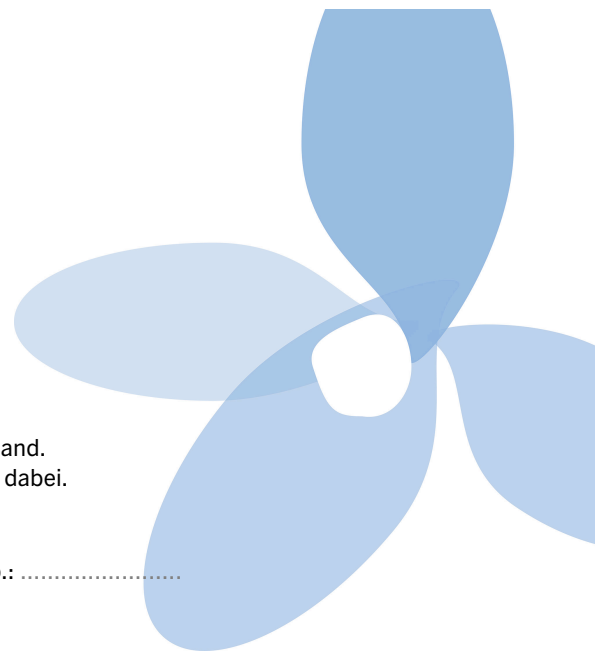




DR. KUHMANN
ZAHNARZT



Gesundheitsfragebogen für Kinder

Fragen zu den Zähnen Ihres Kindes und zu seinem allgemeinen Gesundheitszustand.
Bitte beantworten sie alle Fragen auf Vor- und Rückseite. Wir helfen Ihnen gerne dabei.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name: Geb.:

Allgemein

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? ... | | |
| 2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Liegt ein zahnärztliches oder ärztliches Kinderuntersuchungsheft vor? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“) oder undichte Füllungsränder? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatte Ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Häufiges Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie und Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Funktion

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumuskulatur, an Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Kann es gut abbeißen oder kauen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Daumenlutschen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Nägelkauen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Schwierigkeiten mit der Mundöffnung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Knacken oder Reiben im Kiefergelenk? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist Ihr Kind Mundatmer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Vorbeugung

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten mit der Zahnbürste mindestens zweimal täglich? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Verwenden Sie eine fluoridhaltige Zahnpasta? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride (Gele, Spülungen, ...)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein
7. Nimmt Ihr Kind häufig zuckerhaltige Speisen oder Getränke zu sich? Ja Nein

Leidet ihr Kind an:

1. Ansteckende Krankheiten? Infektionskrankheiten? Welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Herzerkrankung? Operationen am Herz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Allergien? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
.....		
4. Blutungsneigung (Bluterkrankheit ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Herz-, Kreislaufbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arzt: Tel:		
9. Nimmt Ihr Kind Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche:		
.....		
10. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate am Kopf geröntgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch in Zukunft über eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes.

Bitte teilen Sie uns auch andere Dinge mit, die Sie für wichtig halten:

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____

Datum _____ Unterschrift (für Aktualisierung) _____