



## 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:

### Bluterkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

sonstige Erkrankungen:

### 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?**
