MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN FÜR KINDER

Zahnarztpraxis Niemeyer

Liebe Eltern,

Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie hierbei Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Veränderungen des Krankheitsbildes, und/oder die Einnahme weiterer, bzw. neuer Medikamente teilen Sie uns bitte mit. Auch das Absetzen bestimmter Arzneimittel geben Sie bitte bekannt. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Erziehungsberechtigter _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefonnr. _____ Faxnr. _____

Krankenversicherung _____ Beihilfe ❍ ja ❍ nein

Kinderarzt/Hausarzt _____ Telefonnr. _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

(Hausarzt bitte angeben, manchmal sind Rücksprachen erforderlich)

Für Neupatienten: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

❍ Empfehlung durch Freunde/Bekannte/Familienmitglieder ❍ Gelbe Seiten ❍ Telefonbuch ❍ Internet ❍ Zeitung

❍ Sonstiges _____

Liegen folgende Erkrankungen vor?

Herzerkrankung ❍ ja ❍ nein

Wenn ja welche? _____

Muss eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt werden? ❍ ja ❍ nein

(bei Vorliegen bestimmter Herzerkrankungen wird dies vom Hausarzt angewiesen)

Asthma: ❍ ja ❍ nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ❍ ja ❍ nein

Lebererkrankungen (Hepatitis – Gelbsucht) ❍ ja ❍ nein

Immunschwäche (HIV-Infektion) ❍ ja ❍ nein

Blutgerinnungsstörungen ❍ ja ❍ nein

Sonstige Erkrankungen

_____

Allergien ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, welche? _____

Wird ein Medikament zur Blutverdünnung eingenommen? ❍ ja ❍ nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme im Zahnbereich? _____

Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich oder an den Zähnen? ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

_____

Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen? ❍ ja ❍ nein

Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten? ❍ ja ❍ nein

Für einen angenehmen Behandlungsablauf bitte zusätzlich ausfüllen:

Lieblingsfarbe _____

Lieblingstier _____

Lieblingsgeschmack _____

Was mag Ihr Kind besonders gern? _____

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? _____

_____

Datum Unterschrift

ERNÄHRUNGSANAMNESE

bei Kindern und Jugendlichen (8 bis 18 Jahre)

Zahnarztpraxis Niemeyer

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Mein erstes Frühstück ist gewöhnlich um _____ Uhr und besteht aus:

- ❍ Brot mit süßem Belag
- ❍ Brot mit Käse/Wurst
- ❍ Müsli
- ❍ Cornflakes/andere Flakes und Milch
- ❍ Obst
- ❍ Sonstiges _____
- ❍ Ich esse nichts zum Frühstück
- ❍ Kakao/Kaffee oder Tee mit/ohne Zucker und Milch
- ❍ Sonstige Getränke _____

Mein Mittagessen ist gewöhnlich um _____ Uhr und besteht aus

- ❍ Rohkost /Salat
- ❍ Brot mit Käse / Wurst
- ❍ Warme Mahlzeit
- ❍ Dessert / Süßspeise
- ❍ Obst
- ❍ Sonstiges _____
- ❍ Getränke _____

Am Nachmittag esse ich gewöhnlich

- ❍ Brot mit Marmelade/Nutella/ _____
- ❍ Brot mit Käse/Wurst
- ❍ Kuchen/Kekse/oder andere Süßigkeiten
- ❍ Fruchtjoghurt/Fruchtquark/Pudding/Fruchtzwerge
- ❍ Obst
- ❍ Sonstiges _____
- ❍ Getränke _____

Mein Abendessen ist gewöhnlich um _____ Uhr und besteht aus

- ❍ Rohkost/Salat
- ❍ Brot mit Käse/Wurst
- ❍ Obst
- ❍ Müsli
- ❍ Warmes Abendessen
- ❍ Sonstiges _____
- ❍ Getränke _____

Nach dem Abendessen esse/trinke ich gewöhnlich

- ❍ Kekse/Schokolade/Bonbons
- ❍ Salzstangen/Chips/oder ähnliche Knabbereien
- ❍ Obst
- ❍ Ich esse gewöhnlich nichts mehr nach dem Abendessen
- ❍ Sonstiges _____
- ❍ Getränke _____

Zwischendurch esse ich gewöhnlich

- ❍ Kuchen/Kekse
- ❍ Schokolade/Bonbons
- ❍ Fruchtjoghurt/Fruchtquark/Pudding/Fruchtzwerge
- ❍ Obst
- ❍ Ich esse in der Regel nichts zwischendurch
- ❍ Kaugummi
- ❍ Sonstiges _____

Zwischendurch trinke ich gewöhnlich

- ❍ Leitungswasser
- ❍ Mineralwasser
- ❍ Fruchtsaft/Fruchtnektar
- ❍ Gemüsesaft
- ❍ Isotone Getränke
- ❍ Cola/Limonade
- ❍ Wellnessgetränke
- ❍ Andere Erfrischungsgetränke
- ❍ Verdünnte Säfte/Schorlen
- ❍ Nichts
- ❍ Kaffee/Tee
- ❍ Sonstiges _____