



Gesundheitsfragebogen *für Kinder 0-15 Jahre*

Liebe Eltern, um die Behandlung Ihres Kindes auf seine ganz speziellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu seiner Krankheitsvorgeschichte (Anamnese). Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter. **Kuscheltiere dürfen zur Behandlung gerne mitgebracht werden.**

Patient

Familienversichert bei ☐ Vater ☐ Mutter

Vorname Kind Nachname Kind Geburtsdatum Kind

Vorname Elternteil Nachname Elternteil Geburtsdatum Elternteil

Adresse (Straße, Nr., PLZ; Ort)

☎ Telefon/Handy (Elternteil tagsüber erreichbar)

✉ E-Mail

ggf. abweichende Adresse des Kindes (Straße, Nr., PLZ; Ort)

Angaben Versicherung / Kinderarzt

☐ Private Versicherung ☐ Gesetzliche Versicherung ☐ private Zusatzversicherung ☐ Beihilfe

Name des Kinderarztes _____

Fragen rund um die Gesundheit des Kindes

Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung

☐ Ja Welcher Arzt? _____

☐ Nein

Nimmt Ihr Kind momentan Medikamente ein?

☐ Ja Welche? _____

☐ Nein

Herzfehler, Herzerkrankung?

☐ Ja, Herzpass seit _____

☐ Nein

Asthma, Lungenerkrankungen, Schwierigkeiten mit der Atmung?

☐ Ja

☐ Nein

Lernschwäche, geistige Verzögerung, Sprachprobleme?

☐ Ja

☐ Nein

Leber- oder Nierenerkrankung?

☐ Ja

☐ Nein

Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?

☐ Ja

☐ Nein



- Spastik oder veränderter Muskeltonus? ☐ Ja ☐ Nein
- Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? ☐ Ja ☐ Nein
- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? ☐ Ja ☐ Nein
- Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich) ☐ Ja ☐ Nein
- Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein
- Tumore oder bösartige Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Leidet Ihr Kind unter sonstigen Erkrankungen?

- ☐ Ja Welche? _____ ☐ Nein

Hat Ihr Kind Allergien?

- ☐ Ja Welche? _____ ☐ Nein

- Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ☐ Ja ☐ Nein

- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnmedizinische Anamnese

- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

- Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

- Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? ☐ Eltern ☐ Kind ☐ Eltern und Kind

- Welche Zahnpasta? ☐ gar keine ☐ Fluorid freie ☐ Kinderzahnpasta ☐ Erwachsenenzahnpasta

Erklärung

- ☐ Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- ☐ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Liebe Eltern, die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Für die Behandlung Ihres Kindes nehmen wir uns ausreichend viel Zeit. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Nicht eingehaltene Termine werden mit einer Ausfallpauschale in Rechnung gestellt. Ich versichere, jede relevante Veränderung, die mein Kind betrifft, vor der Behandlung mitzuteilen.

Hameln.
Ort, _____ Datum

X

Unterschrift Erziehungsberechtigter