

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis,**

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, ohne Ihr Einverständnis werden keine Daten herausgegeben.

Patient/in
Name Vorname geb. am

Anschrift
Straße Nr. Tel. tagsüber
..... @
PLZ Ort E-Mail

Krankenkasse:
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert (Basistarif ja nein)

Zusatzversicherung
bei GKV-Versicherung: ja nein

Versicherte/r:
Name Vorname geb. am Beruf

Ärztliche Behandlung:	Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderarzt/Hausarzt	
Zahnarzt:	
Überweiser:	
Allgemein	Wurden alle U-Untersuchungen regelmäßig durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat sich Ihr Kind normal entwickelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, welche Probleme? Hat Ihre Tochter schon Ihre Periode, wenn ja, seit wann? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kieferorthopädische Behandlung:	War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wenn ja, wann? von bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Röntgen:	Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem? Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente:	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit? Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
allgemeine Zahnmedizin	Hat Ihr Kind Zahnprobleme? Ist Ihr Kind deshalb in Behandlung? Hat Ihr Kind negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht? Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall? Ist Ihr Kind in regelmäßiger allgemeinzahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen oder Beschwerden mit folgenden Organen?

Herz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige			

Liegt eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vor bei:

Vater ja nein Mutter ja nein Geschwister ja nein

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind Daumen/am Nuckel gelutscht?

Daumen: Nuckel: Sonstige:

Atmet Ihr Kind eher durch

den Mund die Nase

Wurde Ihr Kind durch einen HNO-Arzt bereits untersucht oder behandelt?

nein ja, wegen

Liegen bei Ihrem Kind Sprach- oder Sprechfehler vor?

nein ja Wenn ja, welche:

Wurde Ihr Kind durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt?

nein ja, wegen

Schlaflage Ihres Kindes?

Rücken ja nein Bauch ja nein Seitenlage ja nein

Hat oder hatte Ihr Kind Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)										
im/am Kopf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
im Kiefergelenk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
beim Kauen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bei Mundöffnung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hadte Ihr Kind einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hobbys (Risikosport) / Besteht Interesse an einem Sportmundschutz?

.....

Erziehungsberechtigte/r

Name Vorname geb. am Beruf

Bitte teilen Sie mir Veränderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes während der mehrjährigen Behandlung unverzüglich mit.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r