

Allgemeiner Fragebogen für Kinder

Liebe Eltern,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Für eine optimale Behandlung Ihres Kindes sind daher einige Angaben nötig. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Wir sind Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Kinderarzt _____

Lieblingsbeschäftigung _____
Lieblingstier _____
Lieblingskuscheltier _____
Lieblingsfarbe _____
Lieblingssessen _____

Medizinische Anamnese

Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber-/Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutkrankheiten, Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie, Fieberkrämpfe, Spastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Tuberkulose, Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinderkrankheiten (Röteln, Masern, Mumps)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird Ihr Kind geimpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geistige Verzögerung bzw. Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lernschwäche, Sprachprobleme, ADHS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen (Welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankenhausaufenthalte (Wann? Warum?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien (Welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt ihr Kind Medikamente ein? (Welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

Zahnmedizinische Anamnese

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

ja nein

Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?

ja nein

Schmerz Spritze Festhalten _____

Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung Probleme?

ja nein

Wovor könnte Ihr Kind beim Zahnarzt Angst haben?

Geräusche Geschmack Berührung Instrumente helles Licht Stuhl

Wie schätzen Sie die Mitarbeit Ihres Kindes ein? gut mittel schlecht

Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen?

ja nein

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich?

ja nein

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Benutzt Ihr Kind noch Daumen bzw. Schnuller zum Lutschen?

ja nein

Atmet Ihr Kind bevorzugt durch den Mund?

ja nein

Trinkt Ihr Kind aus der Nuckelflasche?

ja nein

Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

ja nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen/nimmt diese ein?

ja nein

Wird mit fluoridierter Zahnpasta geputzt?

ja nein

Wird Elmex Gelee verwendet?

ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind täglich Zähne?

unregelmäßig 1x 2x

Zahnärztliche Betäubung

Während speziellen zahnärztlichen Eingriffen ist oft eine lokale Betäubung mit Hilfe einer Spritze notwendig. Wir sind dazu verpflichtet über folgende Risiken durch eine Anästhesie aufzuklären:

- Auslösung allergischer Reaktionen, Herz-Kreislauf-Reaktionen
- Allgemeine Nebenwirkungen/Reaktionen auf das Anästhetikum
- Verletzung des Nerven (Einschränkung Motorik/Sensibilität, selten irreversibel)
- Verletzung von angrenzenden Weichteilen (z. B. Wange), Wundheilungsstörungen

Hiermit versichere ich, dass alle von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich wurde vor der Behandlung über die o. g. Risiken einer Lokalanästhesie aufgeklärt.

Datum

Unterschrift Elternteil