

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in meiner Praxis!**

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich 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:

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße _____ Hausnummer _____ Telefon (tagsüber) _____

PLZ _____ Ort _____ Email _____

Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert (Basistarif ja nein)

Zusatzversicherung bei GKV-Versicherung ja nein

Versicherte/r:

Nachname _____ Vorname _____ Geburtstag _____ Beruf _____

Ärztliche Behandlung:	Ist Ihr Kind momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderarzt/Hausarzt:	_____	
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? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihr überweisender Arzt//Zahnarzt:	_____	

Röntgen:	Wurden Röntgenbilder im Kopf-/Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden?	<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 Medizin:	Hat Ihr Kind motorische Einschränkungen, wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Hat Ihr Kind Zahnprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist Ihr Kind deshalb in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hat Ihr Kind negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist Ihr Kind in regelmäßiger allgemeinzahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm?	<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	Kopfschmerzen	<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:	_____		

Welche Bildungseinrichtung wird durch Ihr Kind besucht?

Kindergarten/Tagesmutter	<input type="checkbox"/>	Grundschule	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	Realschule	<input type="checkbox"/>
Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	Gymnasium	<input type="checkbox"/>
Berufsschule	<input type="checkbox"/>	Fachschule	<input type="checkbox"/>
Hochschule	<input type="checkbox"/>	sonstige	_____

Liegt eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vor bei:

Vater ja nein Mutter ja nein Geschwister ja nein

Körpergröße/Körpergewicht Ihres Kindes?

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

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, 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 hatten 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
an den Schläfen:	<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
bei Mundschluss:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatte 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
Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Fluoridierungsmaßnahmen werden durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Zahnpasta	<input type="checkbox"/> Mundspülung
<input type="checkbox"/> Touchierung	<input type="checkbox"/> Speisesalz

Erziehungs-
berechtigte/r: _____
Nachname Vorname Geburtstag Beruf

Weitere Angaben:

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

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in