



Christian Specht
Zahnarzt

Katherina Specht
Zahnärztin/Osteopathin

Gesundheitsfragebogen für Kinder

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir bei Ihrem Kind mit einer zahnmedizinischen Versorgung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Angaben über den Allgemeinzustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Kind: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße PLZ Wohnort

Familienversichert bei:
Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Falls abweichend von oben:
Anschrift: _____
Straße PLZ Wohnort

Telefon (privat): _____

Telefon (beruflich): _____

Telefon (Mobil): _____

Versicherung / Krankenkasse: _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind in letzter Zeit oder ist es gegenwärtig in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat Ihr Kind Allergien / Arzneimittelunverträglichkeiten?
Wenn ja, worauf? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat oder hatte Ihr Kind Erkrankungen des Herzens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzklappenfehler, künstliche Herzklappen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzfehler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |



Christian Specht

Zahnarzt

Katherina Specht

Zahnärztin/Osteopathin

6. Was ist der Anlass für Ihren heutigen Besuch? _____

Ja Nein

7. War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung?

Gab es irgendwelche prägenden Ereignisse / Erlebnisse?

Wenn ja, welche? _____

8. Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Zusätzlich bitten wir Sie uns weitere Fragen zu beantworten die uns bei der Behandlung Ihres Kindes helfen können.

1. Mein Kind geht in den Kindergarten die Vorschule die Schule (Klasse)

2. Lieblingstier: _____

3. Lieblingsfarbe: _____

4. Lieblingsfernsehsendung: _____

5. Lieblingsbuch: _____

6. Lieblingsspielzeug: _____

7. Lieblingsbeschäftigung: _____

8. Das mag mein Kind nicht: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift der Eltern