

Vorname	Name	Geburtsdatum
Krankenkasse	Versicherte Person (z.B. Eltern)	Geburtsdatum d. vers. Person
Anschrift	Telefon privat*	Telefon mobil*
Kinderarzt*		

Liebe Eltern, liebe Kinder,

bevor wir gemeinsam über die Zahngesundheit Ihres Kindes sprechen, benötigen wir Angaben über mögliche Erkrankungen Ihres Kindes. Die Angaben zu den Angewohnheiten des Kindes helfen uns, ein umfassendes Bild zu gewinnen. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen freilich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Allgemeinerkrankungen

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bronchitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Pseudo-Krupp | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neurodermitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen/
Blutungsneigung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Erkrankungen: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Antibiotika | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Latex | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergiepass vorhanden? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Nimmt Ihr Kind Medikamente? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Falls ja, welche: | | |

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? ____ Mal/Tag

- alleine
- mit Hilfe der Eltern

Welche Zahnpasta verwenden Sie?

- Kinderzahnpasta mit Fluorid
- Kinderzahnpasta ohne Fluorid
- Juniorzahnpasta

Werden Fluoridtabletten verabreicht? ja nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Welche Getränke trinkt Ihr Kind überwiegend?

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Kieferorthopäde: _____

Dürfen wir Sie über unser Recall-System an die nächste halbjährliche Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnern? ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, alle Änderungen umgehend mitzuteilen.

Friedrichshafen, den

Unterschrift