PATIENTENFRAGEBOGEN - KIND

# Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,

um Ihr Kind optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Unser Personal hilft Ihnen gerne beim Ausfüllen.

# Patient

PLZ, Ort

Name des Patienten

Vorname

Geburtsdatum, Ort

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Beruf (freiwillig)

Kinderarzt

Straße, Nummer

# ElternVersicherung

Name der Mutter

Vorname

Geburtsdatum, Ort

Telefon (tagsüber und/oder privat)(freiwillig)

Mobiltelefon (freiwillig)

Beruf (freiwillig)

Name des Vaters

Vorname

Geburtsdatum, Ort

Telefon (tagsüber und/oder privat)(freiwillig )

Mobiltelefon (freiwillig) Beruf (freiwillig)

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung Basistarif Beihilfeberechtigt

**Über wen ist Ihr Kind versichert?**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf des Versicherten

Arbeitgeber

Krankenkasse

Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

Ja

Nein

Wenn ja, per Telefon, per SMS unter

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillig) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Geburtsdatum:

Dürfen wir Auskunft an Angehörige geben?

Ja

Nein

W

e

n

n

j

a

,

a

n

w

e

n

?

Adresse:

Bitte wen den

**Jetzige oder frühere Erkrankungen Ihres Kindes**

Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Atemwegserkrankung Ja Nein Lebererkrankungen Ja Nein Nierenerkrankung Ja Nein

Herzerkrankungen Ja Nein

Welche: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck? Ja Nein

Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Herzklappenersatz Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Rheumatische Krankheiten Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Neurodermitis Ja Nein Hörprobleme Ja Nein

Sehschwäche Ja Nein Sonstige Erkrankungen: 

# Allgemeine Gesundheitsfragen

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

**Fragen an die Eltern**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Neigen Sie zu Karies/Zahnfleischbluten/Zahnstein? Ja Nein

Hat Ihr Kind Angst vor Arztbesuchen? Ja Nein

Wenn ja, wovor genau?

**Angewohnheiten und Auffälligkeiten**

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? Ja Nein

Was war/ ist in der Flasche?

Hat Ihr Kind genuckelt bzw. nuckelt es noch? Wenn ja, über welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja Nein

Wie und wie oft putzt Ihr Kind Zähne? Selbst / unter Aufsicht / Eltern putzen / elektrisch / Handzahnbürste

Bekommt ihr Kind Süßigkeiten? Oft / manchmal / selten

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnfleischprobleme, Blutungen oder Zahnfleischrückgang? Ja Nein Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja Nein

Falls ja, in welcher Form: Tabletten/Fluoridsalz/Zahnpasta/Fluoridgel/Mineralwasser

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, bei dem Zähne betroffen waren? Ja Nein

Ist Ihr heutiger Besuch der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind? Ja Nein

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie (halb-)jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? Ja Nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

B**itte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.**

Ort, Datum Unterschrift

**Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Vielen Dank.**