



## Gesundheitsfragebogen

### Für Kinder

Patient / Name	Vorname	Alter	Telefon	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Gegebenenfalls bitte einkreisen)

- Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? ... Herzpass seit:   ja  nein
- Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?  ja  nein
- Lernschwäche oder Sprachprobleme?  ja  nein
- Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?  ja  nein
- Leber- oder Nierenerkrankung?  ja  nein
- Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?  ja  nein
- Spastik oder veränderter Muskeltonus?  ja  nein
- Hörprobleme oder Taubheit?  ja  nein
- Sehschwäche oder Blindheit?  ja  nein
- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?  ja  nein
- Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?  ja  nein
- Tumore oder bösartige Krankheiten?  ja  nein
- Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?  ja  nein
- Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?  
Frühgeburt?  Kaiserschnitt?  Zangengeburt?   ja  nein
- Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen?  ja  nein
- Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten?  ja  nein
- Hat Ihr Kind Allergien? Wie äussern sich diese?  ja  nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn Ja, was:   ja  nein
- War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (ausser bei der Geburt)?  ja  nein
- Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen?  ja  nein

Wenn Ja, was:

### Zahnmedizinische Anamnese

- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn Ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?  ja  nein
- Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  ja  nein
- Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?  ja  nein
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?  ja  nein
- Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

### Ernährungsgewohnheiten

- Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?   ja  nein
- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange?   ja  nein  
Was war/ist in der Flasche?  immer noch?  ja  nein morgens?  abends?
- Ist Ihr Kind ein guter Esser?  ja  nein
- Ist Ihr Kind viel Süsses?  ja  nein
- Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate? Zahnpasta?  Fluorsalz?   ja  nein

Name des Kinderarztes	Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum <input type="text"/>	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/ <input type="text"/>
----------------------------	--