



Christian Specht
Zahnarzt

Katherina Specht-Kriemelmeyer
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.

Falls Sie einen Termin bei uns nicht einhalten können, bitten wir Sie 24 Stunden vorher abzusagen, um Ihnen nicht den Ausfall in Rechnung stellen zu müssen.

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"/>



Christian Specht
Zahnarzt

Katherina Specht-Kriemelmeyer
Zahnärztin/Osteopathin

5. Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____
6. Was ist der Anlass für Ihren heutigen Besuch? _____

7. War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung?
Gab es irgendwelche prägenden Ereignisse / Erlebnisse?
Wenn ja, welche? _____
8. Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Ja Nein

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