

Gesundheitsbogen 1/2

Kind / Patient

Name	Vorname
------	---------

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt?
Wenn ja, welche?

	Ja	Nein
1. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkrankungen der Leber oder Niere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Genetische Erkrankung/ Syndrome? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lernschwäche? AD(H)S?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Herzerkrankungen, -fehler oder Geräusche? Herzpass seit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Besonderheiten bei der Geburt? Wenn ja, <input type="checkbox"/> Frühgeburt? <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt? <input type="checkbox"/> Zangengeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsbogen 2/2

Kind / Patient

Name	Vorname
------	---------

Zahnmedizinische Anamnese

	Ja	Nein
1. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn ja, wann und bei wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? Wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		

Ernährung

1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter? Wann? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zum Einschlafen <input type="checkbox"/> nachts Was war in der Flasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?		
4. Bekommt Ihr Kind regelmäßig Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige(s): <input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Speisesalz <input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?		

Anamnese der Eltern

Mutter	1. Sind sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	1. Sind sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

.....
Datum, Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten