

Gesundheitsbogen 1/3

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 2/3

Kind / Patient

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

Ernährung

ANZAHL DER MAHLZEITEN

Hauptmahlzeiten

Zwischenmahlzeiten

SÜSSIGKEITEN

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> wenn ja, wie oft? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> 1x täglich |
| | <input type="checkbox"/> mehr als 5x täglich |

ZWISCHENDURCH

TRINKEN

- Tee mit Zucker
 Tee ohne Zucker
 Milch
 Kakao
 Wasser
 Softdrinks, Fruchtsaft
 Sonstiges

ESSEN

- Brot
 Butter
 Käse, Wurst
 Marmelade, Nutella
 Obst, Rohkost
 Süßigkeiten
 Sonstiges

STILLEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wird noch gestillt | <input type="checkbox"/> bis zum Alter von |
| <input type="checkbox"/> tagsüber | |
| <input type="checkbox"/> zum Einschlafen | |
| <input type="checkbox"/> nachts: wie oft | |

TRINKEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aus der Nuckelflasche | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> zum Einschlafen | <input type="checkbox"/> Wasser |
| <input type="checkbox"/> nachts: wie oft | <input type="checkbox"/> Softdrinks/Fruchtsaft |
| <input type="checkbox"/> aus Becher/Tasse/Glas | <input type="checkbox"/> Fruchtschorlen |
| <input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tee mit Zucker | |

Zähne putzen

DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bisher noch nicht | <input type="checkbox"/> ohne Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> nicht regelmäßig | <input type="checkbox"/> mit Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x täglich | <input type="checkbox"/> für Kinder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> für Erwachsene |

DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bereitwillig | <input type="checkbox"/> durch das Kind |
| <input type="checkbox"/> mit Widerstand | <input type="checkbox"/> Mithilfe der Eltern |
| <input type="checkbox"/> wechselhaft | <input type="checkbox"/> durch die Eltern |

DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT

- vor dem Frühstück
 nach dem Frühstück
 nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen
 erst vor dem Zubettgehen

DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT

- Handzahnbürste Zahnseide
 elektrische Zahnbürste
 Sonstiges

Fluoridanamnese

VERWENDEN SIE EINE FLUORIDIERTE ZAHNPASTA?

- Ja Nein
wenn ja, welche

EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG

- wurde nicht durchgeführt
 wird durchgeführt
 Dosierung:
 Präparat:
 wurde durchgeführt bis zum Alter von

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTES SPEISESALZ?

- Ja Nein

ERHÄLT IHR KIND FLUORID AUS WEITEREN QUELLEN?

.....
.....

Gesundheitsbogen 3/3

Kind / Patient

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

Lutschgewohnheiten

<input type="checkbox"/> Schnuller	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> tagsüber	
<input type="checkbox"/> zum Schlafen	<input type="checkbox"/> zum Schlafen	
<input type="checkbox"/> bis zum Alter von	<input type="checkbox"/> bis zum Alter von	

Wichtige Informationen

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

Information Eltern

	Ja	Nein
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