|  |  |
| --- | --- |
| **Patientenfragebogen für Jugendliche**  C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Vor-/Nachname | Geburtsdatum, Geschlecht: C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif m  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif w |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger | Geburtsdatum, Geschlecht: C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif m  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifw |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Telefon (privat / mobil) |  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| E-Mail |  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Name der Krankenkasse / Versicherung | |
|  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Gesetzlich versichert | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung | | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Privat versichert | | | | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Beihilfeberechtigt | | | | |
|  | |
| **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger** Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten / der Erziehungsberechtigten notwendig. | |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Ort, Datum | Unterschrift Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vertreter |
|  | |

**Allgemeine Gesundheitsangaben**

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen:

..................................................................................................................................

Wer ist der behandelnde Kinderarzt?

..................................................................................................................................

C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** | |  | |
| Herzerkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Herzoperation | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| **Infektionserkrankungen:** | |  | |
| HIV | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Hepatitis | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Tuberkulose | Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
|  |  |  |  |
| Andere C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |  | |
|  | |  |  |
| **Allergien / Unverträglichkeiten:** | |  | |
| Lokalanästhetika | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Schmerzmittel | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Antibiotika | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Andere z.B.Jod, Nickel, Latex, Heuschnupfen  C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |  | |
| **Weitere Erkrankungen:** | |  | |
| Blutgerinnungsstörungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Asthma | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Lungenerkrankungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Schilddrüsenerkrankungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Rheuma | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Epilepsie | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Diabetes | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Nierenfunktionsstörungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Lebererkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Magen-Darm-Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Ohnmachtsneigung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Genetische Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  | |
| Geistige Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |

Sonstige Infektionen/Erkrankungen/Behinderungen:

..................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Regelmäßige Medikamente | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |
| Wenn ja, welche? | |
| .................................................................................................................................. | |

**Fragen aus zahnärztlichen Gründen**

Wurde oder wird Ihr Kind kieferorthopädisch behandelt oder beraten? C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

..................................................................................................................................

Liegen Zahn-oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor? C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Wurde bei den Eltern eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Bestehen Beschwerden/Schmerzen/Knacken am Kiefergelenk?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Lutschte Ihr Kind an:

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Daumen C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Finger C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Schnuller  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Sonstiges:

....................................................

Wenn ja, bis zu welchem Alter?

..................................................................................................................................

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf:

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifZunge C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifLippe C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifFingernagel C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifStift C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Sonstiges:



..................................................................................................................................

Bestehen oder bestanden Sprachstörungen (z.B. Lispeln)?

 Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein



Wenn ja, welche?

..................................................................................................................................

Wurde/wird bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

..................................................................................................................................

Gingen bei einem Unfall Milch- oder bleibende Zähne verloren?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Besteht Mundatmung (auch Schlafen mit offenem Mund)?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Bestehen häufige Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis usw.)?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

|  |  |
| --- | --- |
| **Ernährung und Essgewohnheiten:** |  |
| **Was isst / trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?** | |
| Brot C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Brötchen C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Müsli C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Cornflakes | |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Marmelade C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nutella C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Wurst C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Käse | |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Joghurt C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Obst C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Gemüse C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Kuchen | |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Schokolade C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Chips / Salzstangen | |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Wasser C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Tee C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Milch C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Kakao C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifSaft | |
| Cola C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Limonade  **Lieblingsessen**  .................................................................................................................................. | |
| **Mundhygiene:** | |
|  | |
| Wie oft werden die Zähne geputzt?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mal am Tag | |
| Womit werden die Zähne geputzt?  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Handzahnbürste C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Elektrische Zahnbürste | |

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluorid zu sich?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifTabletten C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Fluoridiertes Speisesalz C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Zahnpasta C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifSonstiges

**Fragen zur Röntgenuntersuchung**

Wurden ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Wenn ja, Name der Praxis:

..................................................................................................................................

Hinweis:

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

**Zum Schluss**

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

..................................................................................................................................

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?

C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden? Wenn ja, welche?

..................................................................................................................................

Gibt es sonst noch etwas, das sie uns mitteilen möchten?

..................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Wichtige Informationen:** | | | C:\DAISY\data\gif\teile\punkt_1.gif | Hiermit bestätige ich, dass ich / meine Tochter / mein Sohn **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert ist. | | C:\DAISY\data\gif\teile\punkt_1.gif | Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. |   C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Ort, Datum | Unterschrift Patient / Minderjähriger |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif | |
| Ort, Datum | Unterschrift gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger |