



<b>I. Ärztliche Vorgeschichte</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Arzneimittel, bestimmte Materialien...)	( )	( )
Insbesondere: Penicillin	( )	( )
Jod	( )	( )
Latex	( )	( )
Besitzt ihr Kind einen Allergiepass?	( )	( )
Verträgt ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? .....		
2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind:		
- Herz- /Kreislaufkrankungen	( )	( )
- Blutkrankheiten/ Blutgerinnungsstörungen	( )	( )
- Infektionserkrankung (z.B. Tuberkulose, Hepatitis A,B,C, HIV)	( )	( )
- Stoffwechselstörungen	( )	( )
- Diabetes (Zuckerkrankheit) Typ1 oder 2	( )	( )
- Schilddrüsenerkrankungen	( )	( )
- Andere Hormonerkrankungen (Nebenniere, Ovarien, Prostata)	( )	( )
- Nervenerkrankungen	( )	( )
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	( )	( )
- Lungenerkrankung/Asthma	( )	( )
- Hauterkrankungen	( )	( )
- Augenerkrankungen	( )	( )
- Nieren- /Blasenerkrankungen	( )	( )
- Verdauungserkrankungen	( )	( )
- Lebererkrankung	( )	( )
- Sonstige Erkrankungen	( )	( )
(Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Tumore, Erbkrankheiten, MS.)		
- War Ihr Kind im Krankenhaus bzw. ist es operiert worden oder hatte es einen Unfall?	( )	( )
- Wenn ja: welcher Körperbereich (z.B. Kiefer-Gesichts-Bereich, Hüfte, Haut)		
.....		
3. Nimmt Ihr Kind Medikamente?	( )	( )
Wenn ja, welche?: .....		
.....		
4. Besteht bei Ihrem Kind ein Pflegegrad? ..... wenn ja welcher? .....		

## II. Anlass und Familienanamnese

- 1.) Welches Anliegen führt Sie zu uns? .....
- 2.) Welche Erwartungen verbinden Sie mit dem heutigen Termin? .....
- 3.) Welche Einrichtung besucht Ihr Kind?
 

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Gymnasium
<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Internat
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sonderschule
<input type="checkbox"/> Realschule	
- 4.) Haben Sie weitere Kinder?  
 ja      ggf. wie alt? .....       nein
- 5.) Gibt es bei den Geschwisterkindern Besonderheiten (z.B. Krankheiten, Behinderungen etc.), die Sie für wichtig erachten?  
 .....
- 6.) Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch (Zahnspange) behandelt worden?  
 ja       nein

## III. Fragen zur allgemeinen Gesundheit Ihres Kindes

- 1.) Bei welchem Kinderarzt ist Ihr Kind in Behandlung? .....
- 2.) Hatte Ihr Kind früher Erkrankungen, die Sie für wichtig halten (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Rachitis, Gelbsucht, Pseudokrapp etc.)?  
 .....
- 3.) Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung?  
 ja       nein  
 Falls ja, bitte geben Sie den Namen und die Fachrichtung an: .....
- 4.) Schnarcht Ihr Kind?  
 ja       nein       weiß nicht       manchmal
- 5.) Atmet Ihr Kind mehr  
 durch den Mund?       durch die Nase?
- 6.) Ist die Nasenatmung erschwert?  
 ja       nein
- 7.) War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?  
 nein       ja       Wucherungen (Polypen) wurden entfernt       Tonsillen (Mandeln) wurden entfernt
- 8.) Gibt es Probleme beim Schlafen (Ein-/oder Durchschlafen, Schnarchen etc.)  
 ja       nein

## IV. Spezielle Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

- 1.) Gab es Besonderheiten bei der Schwangerschaft, bei der Geburt bzw. nach der Geburt?  
 ja      ggf. welche? .....       nein
- 2.) Gab es später Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes?  
 ja      ggf. welche? .....       nein
- 3.) Wie lange wurde Ihr Kind gestillt bzw. welche Säuglingsnahrung haben Sie gefüttert?  
 nicht gestillt       gestillt wie lange? ..... ggf. welche Säuglingsnahrung? .....
- 4.) Hat Ihr Kind eine Saugerflasche zum Trinken überlassen bekommen (oder zum Einschlafen)?  
 nein       ja ggf. bis zu welchem Alter .....
- 5a.) Hat Ihr Kind gelutscht?  
 nein       ja wenn ja, bis zu welchem Alter? .....  
 es lutscht noch      wenn ja, wann .....  
 am Daumen       am Nuckel (Größe: ..... )       an sonstigen Gegenständen
- 5b.) Falls Ihr Kind noch lutscht, haben Sie bereits einmal versucht, es ihm abzugewöhnen?  
 nein       ja       ja, bereits mehrmals
- 6.) Knirscht Ihr Kind nachts?  
 ja       nein
- 7.) Wann kamen die ersten Milchzähne?  
 vor dem 6. Monat       zwischen dem 6. und 7. Monat       nach dem 8. Monat
- 8.) Wann kamen die ersten **bleibenden** Schneidezähne?  
 vor dem 6. Geburtstag       zwischen dem 6. – 7. Geburtstag       nach dem 7. Lebensjahr
- 9.) Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit dem Zähneputzen begonnen haben? .....
- 10a.) Welche Zahnpasta haben Sie dafür benutzt? .....
- 10b.) Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind jetzt? .....
- 11.) Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind?  
 Handzahnbürste       elektrische Zahnbürste
- 12.) Wie oft werden die Zähne geputzt? .....
- 13.) Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?  
 ja       nein       ein Erwachsener putzt nach
- 14.) Sind bei einem Unfall die Milchschneidezähne verlorengegangen oder stark beschädigt worden oder sogar die bleibenden Zähne beschädigt worden?  
 nein       ja, im ..... Lebensjahr
- 15.) War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten?  
 ja       nein
- 16.) Gibt es auffällige Besonderheiten an Zähnen oder Kiefern? Sind derartige Besonderheiten bereits bei Familienangehörigen beobachtet worden? .....

**V. Spezielle Fragen bezüglich der zahnärztlichen Behandlung Ihres Kindes**

- 1.) Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?  
 ja       nein
  
- 2.) Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?  
 kooperativ       ängstlich, die Behandlung war aber möglich       Behandlungsverweigerung
  
- 3.) Gab es besondere Vorkommnisse/ "Schlüsselreize" im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. gezielte Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (z.B. Würgereiz) vor?  
 .....
  
- 4.) Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch (Zahnsperre) behandelt worden?  
 ja       nein
  
- 5.) Wurde schon einmal eine Prophylaxe durchgeführt?  
 ja       nein      wenn nein, besteht Interesse?       ja       nein
  
- 6.) Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden ?
  - Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne (z.B. Versiegelung etc.)       ja       nein
  - Diagnosticscam (röntgenähnliche Bilder ohne Strahlenbelastung)       ja       nein
  - hochwertige Füllungen       ja       nein

**VI. Spezielle Fragen zu Ihrer häuslichen Situation**

- 1.) Wurden (werden) Ihrem Kind Fluoridtabletten verabreicht?  
 nein       ja      ggf. von wann bis wann ? .....
  
- 2.) Verwenden Sie in Ihrem Haushalt fluoridiertes Speisesalz oder wird in dem Haushalt, in dem Ihr Kind überwiegend Essen bekommt, fluoridiertes Speisesalz verwendet?  
 ja       nein
  
- 3.) Wird Ihr Kind am Nachmittag häufig anderweitig betreut? .....

**VII. Es ist oft hilfreich, die Eltern näher kennen zu lernen, um Sie gut beraten zu können. Daher werden nachfolgend diesbezüglich noch einige Fragen gestellt.**

- 1a.) Haben Sie eigene Erfahrungen bei Zahnbehandlungen gemacht, die Sie für wichtig halten?  
 nein       ja      ggf. welche ? .....
  
- 1b.) Haben Sie selber Angst vorm Zahnarzt?       Mutter       Vater       keiner
  
- 2.) Leben die Eltern getrennt? Falls ja, geben Sie bitte hier Namen, Anschrift und Telefonnummer des nicht anwesenden Elternteils an: .....
  
- 3.) Gibt es sonstige wichtige Informationen zu Ihrer Familiensituation?  
 .....

Datum .....

Unterschrift .....