

Gesundheitsfragebogen der Familien-Zahnarztpraxis Isabel Bodenstein

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes		Geb. Datum		
Name, Vorname:		Geb. Ort		
Versicherte(r)		Geb. Datum		
Name, Vorname		Geb. Ort		
Anschrift:		Telefon:		
PLZ / Ort:		Mobil:		
E-Mail:				
Allgemeine Fragen:				
1	Warum kommt ihr Kind heute zu uns?			
	Routineuntersuchung	Ja	Nein	
	Schmerzen	Ja	Nein	
	Unfall	Ja	Nein	
	Überwiesen durch:			
2	War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?	Ja	Nein	
3	Sind im Mund schon einmal Probleme aufgetaucht?	Ja	Nein	
4	Ihr Kind geht tagsüber in eine (Kita, Grundschule, etc.)			
5	Wächst Ihr Kind mit Geschwistern auf?	Ja	Nein	
6	Putzt Ihr Kind alleine Zähne?	Ja	Nein	
7	Putzen Sie nach?	Ja	Nein	
8	Nimmt/Hat Ihr Kind einen Schnuller genommen?	Ja	Nein	
9	Wie viele Zwischenmahlzeiten nimmt Ihr Kind täglich zu sich? – Bitte ankreuzen			
	a) keine weiß nicht	b) ca 1-2	c) 3-5	d)
10	Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes? – Bitte ankreuzen			
	a) Softdrinks	b) Wasser	c) Apfelschorle	d) Fruchtsäfte
Gesundheitsfragen:				
11	Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinkrankheit?	Ja	Nein	
	Wenn ja, an welcher?			
12	Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein	
	Wenn ja, bei wem?			
13	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein	
	Wenn ja, welche?	Ja	Nein	
14	Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber anderen Stoffen?	Ja	Nein	
	Wenn ja, welche?			
15	Möchten Sie an Ihre halbjährliche Kontrolltermine per E-Mail erinnert werden?	Ja	Nein	
Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.				
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben				
Unterschrift:		Datum:		