

Fragen zur Zahnpflege

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnpasta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, fluoridhaltig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Juniorzahnpasta	<input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta		

Dieser Teil gilt für ALLE Kinder

Ist Ihr Kind zur Zeit / regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Weshalb wurde oder wird Ihr Kind behandelt? _____

Behandelnder Arzt: _____ Adresse: _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen im Kopfbereich gemacht? Ja Nein
Wenn ja, wann und durch wen? _____

Wann war Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Behandelnder Kieferorthopäde / in _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen?

Erkrankungen:	Ja	Nein	wenn ja, welche:
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzpass ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Bitte vorlegen) _____
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen / Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
			HIV / Aids <input type="checkbox"/>
			Tuberkulose <input type="checkbox"/>
körperliche / geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstige Krankheiten:

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen und versichere, alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen mitzuteilen.

Leipzig, den _____

Unterschrift _____