

Zahnmedizinische Vorgeschichte Kind

Überwiesen/Empfohlen von: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wie lange waren Sie dort Patient? _____ Monate/Jahre

Wie würden Sie bei Ihrem Kind den Zustand des Mundes einschätzen?

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

Datum der letzten zahnärztlichen Behandlung/ Untersuchung? _____

Welches unmittelbare Anliegen haben Sie? _____

Wann war der erste Besuch bei einem Zahnarzt? _____

Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Hatte Ihr Kind vormals eine negative Erfahrung beim Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind jemals eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung
oder wurde der Biss korrigiert? ja nein

Sind Ihrem Kind irgendwelche Zähne schon entfernt worden? ja nein

Putzt Ihr Kind allein die Zähne? ja nein

Wenn ja, wie oft täglich? _____

Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund? ja nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind? Daumen Schnuller Trinkflasche Beißring

Datum: _____ Unterschrift: _____

Daten des Kindes

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Email: _____

Versicherter Elternteil:

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Hausarzt: _____

Medizinische Vorgeschichte Ihres Kindes

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Behandelnder Arzt: _____

Wenn ja, wegen: _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Reagiert Ihr Kind überempfindlich (allergisch) auf bestimmte Medikamente
oder sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Ja, es reagiert empfindlich auf: _____

Leidet oder litt Ihr Kind an nachfolgenden Krankheiten?

Gelenk-Rheumatismus Lebererkrankung Herz-Kreislaufkrankung

Tuberkulose Epileptische Anfälle Diabetes

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an Kopfschmerzen oder Migräne? ja nein

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? ja nein

Liegen bei Ihrem Kind Schlafstörungen vor? ja nein

Gibt es Auffälligkeiten beim Sprechen? ja nein

Gibt es Auffälligkeiten mit den Augen (Sehchwäche)? ja nein

Kann Ihr Kind gut hören? ja nein

Gibt es Auffälligkeiten bei der Kopf- und Körperhaltung? ja nein