

Pat. Aufkleber

## Gesundheitsfragebogen für Kinder/Jugendliche

Herzlich willkommen in unserer Klinik! Dieser Fragebogen enthält wichtige Informationen für den behandelnden Arzt. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Email-Adresse Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_  
 Mobile Telefonnummer Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_  
 Überweisung von: \_\_\_\_\_  
 Eigeninitiative (was stört?): \_\_\_\_\_  
 Hauszahnarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_  
 Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_  
 Frühere KFO Behandlung?  
 Wenn ja, ca. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 0 abgeschlossen 0 abgebrochen  
 bei (Name, Adresse, Tel.): \_\_\_\_\_

- |   |      |        |                 |
|---|------|--------|-----------------|
| 1. Ist Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne unzufrieden?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 2. Sind Sie mit dem Aussehen der Zähne Ihres Kindes unzufrieden?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 3. Sind in Ihrer Familie ähnliche Fehlstellungen bekannt? Wenn ja bei wem: _____  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 4. Treibt ihr Kind regelmäßig Sport?<br>Wenn ja, welche Sportart? _____   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 5. Gab es Komplikationen beim Geburtsverlauf?   |      |        |                 |
| 6. Wurde Ihr Kind gestillt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 7. Wird Ihr Kind zurzeit ärztlich behandelt?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 8. Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder hat Ihr Kind in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche _____                              | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 9. Ist Ihr Kind jemals ernsthaft krank gewesen oder hatte einen chirurgischen Eingriff?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 10. Brauchen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B. Endokarditisprophylaxe)?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 11. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 12. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, des Gesichts, der Kiefergelenke oder des Kiefers?        | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 13. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen bei der Mundöffnung oder beim Kauen?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 14. Hat Ihr Kind häufiger Zahnschmerzen?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 15. Sind bei Ihrem Kind ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 16. Hat/hatte Ihr Kind Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf Unterlippe und Zunge, Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten o.ä.? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 17. Gibt es bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten, oder wurde jemals eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann _____            | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 18. Hat ihr Kind schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken gehabt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 19. Atmet Ihr Kind hauptsächlich durch den Mund?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 20. Sind bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt worden?, wenn ja wann? _____  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 21. Hat ihr Kind jemals einen Unfall im Kiefer, Gesichts oder Zahnbereich gehabt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |

22. Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.:_____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
23. Besitz Ihr Kind einen Allergiepass?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
24. Nur bei Mädchen: Ist Ihre Tochter schwanger?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
25. Nur bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon die erste Regelblutung gehabt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
26. Nur bei Jungen: Ist/war Ihr Sohn schon im Stimmbruch?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
27. Hat Ihr Kind folgende Erkrankungen?			
Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/ Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/ Bluter/ Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HNO	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche:_____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Wurde ihr Kind in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo ----- ----- -----	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
28. Einer schriftlichen Mitteilung des Befundes (Arztbrief) an meinen Hauszahnarzt stimme ich zu	0 Ja	0 Nein	
29. Einer digitalen Datenübermittlung der Röntgenaufnahmen meines Kindes bei entsprechender Notwendigkeit an weitere in die Behandlung involvierte (Zahn)ärztInnen stimme ich zu	0 Ja	0 Nein	

**Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!**

Marburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_