

## Fragebogen für Kinderpatienten

Liebe Eltern! Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit, besser auf Ihr Kind eingehen zu können.

Wir sind gerne bereit, Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich zu sein.

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

versichert mit: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

regelmäßige Arztbesuche? Ja  Nein

### Allgemeine Informationen:

Erziehungsberechtigte: Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:
Überweisung von: Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> selbst ausgesucht <input type="checkbox"/> sonstiges
Grund des heutigen Zahnarztbesuches? Besteht eine Zahnarztangst?
Bisheriger Zahnarzt: Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung?
Kinderarzt: Wann war der letzte Zahnarztbesuch?
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?

Trifft oder traf eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>
		Herzoperationen	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, worauf?	
Fieberhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, mit welchem Alter?	

### Allgemeine Krankengeschichte

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/>	Hatte es schwere Unfälle?	<input type="checkbox"/>
War es schon einmal im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/>
Gab es Probleme in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
Gab es Probleme bei der Geburt?	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
Gewicht des Kindes bei der Geburt:			

### Krankengeschichte der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?		Mutter:			
		Vater:			
<b>Neigen Sie zu:</b>		<b>Vater</b>		<b>Mutter</b>	
	Karies	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnstein	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnfleischbluten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnarztangst	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Ernährung

	Ja	Nein		
<b>Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?</b>	
Wenn ja, wie oft?			(kurze Stichpunkte)	
Selten		<input type="checkbox"/>		
1x pro Tag		<input type="checkbox"/>		
Mehrmals täglich		<input type="checkbox"/>		
<b>Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?</b>			<b>Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?</b>	
Tee/Kaffee mit Zucker		<input type="checkbox"/>	(Mineral-)Wasser	<input type="checkbox"/>
Tee/Kaffee ohne Zucker		<input type="checkbox"/>	Limonade, gezuckert	<input type="checkbox"/>
Milch		<input type="checkbox"/>	Tee	<input type="checkbox"/>
Kakao		<input type="checkbox"/>	Milch	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte		<input type="checkbox"/>	Kakao	<input type="checkbox"/>
			Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>
<b>Was isst Ihr Kind zum Frühstück?</b>			Coca Cola	<input type="checkbox"/>
Brot		<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
Butter		<input type="checkbox"/>		
Marmelade		<input type="checkbox"/>	<b>Was isst ihr Kind zum Abendessen?</b>	
Nutella		<input type="checkbox"/>	(kurze Stichpunkte)	
Käse, Wurst		<input type="checkbox"/>		
Müsli		<input type="checkbox"/>		
Cornflakes		<input type="checkbox"/>		
Joghurt		<input type="checkbox"/>		
			<b>Was isst Ihr Kind als</b>	
<b>Was isst Ihr Kind in den</b>			<b>Zwischenmahlzeit?</b>	
<b>Schulpausen?</b>			Kuchen	<input type="checkbox"/>
Belegtes Brot		<input type="checkbox"/>	Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>
Obst		<input type="checkbox"/>	Obst	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten		<input type="checkbox"/>	Chips, Salzstangen etc.	<input type="checkbox"/>
			Belegtes Brot	<input type="checkbox"/>

## Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?			
Hat Ihr Kind den Schnuller genommen?	<input type="checkbox"/>		
Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?			
Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?	<input type="checkbox"/>	Trinkt Ihr Kind aus dem Becher?	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was?		Wenn ja, was?	
Wasser	<input type="checkbox"/>	Wasser	<input type="checkbox"/>
Limonade	<input type="checkbox"/>	Limonade	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>
(Früchte-)Tee gesüßt	<input type="checkbox"/>	(Früchte-)Tee gesüßt	<input type="checkbox"/>
(Früchte-)Tee ungesüßt	<input type="checkbox"/>	(Früchte-)Tee ungesüßt	<input type="checkbox"/>
Milch	<input type="checkbox"/>	Milch	<input type="checkbox"/>
Kakao	<input type="checkbox"/>	Kakao	<input type="checkbox"/>

## Zahnpflege

<b>Die Zähne werden geputzt:</b>		Name der Zahnpasta:		
Vom Kind selbst	<input type="checkbox"/>	Die Zahnpasta ist:		
Mit Hilfe der Eltern	<input type="checkbox"/>	Mit Fluorid	<input type="checkbox"/>	
Von den Eltern	<input type="checkbox"/>	Ohne Fluorid	<input type="checkbox"/>	
<b>Wann werden die Zähne geputzt?</b>		<b>Sonstige Fluoridanwendungen</b>		
Vor dem Frühstück	<input type="checkbox"/>	Bezeichnung	von-bis	Wie oft?
Nach dem Frühstück	<input type="checkbox"/>			
Nach dem Mittagessen	<input type="checkbox"/>	D-Fluoretten		
Sofort nach dem Abendessen	<input type="checkbox"/>	Zymafluor		
Erst vor dem zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee)		
		Fluoridierung beim Zahnarzt		
<b>Womit werden die Zähne gereinigt?</b>		Marburger Modell (Duraphat)		
Hand-Zahnbürste	<input type="checkbox"/>	Fluoridiertes Kochsalz		
Elektrische Zahnbürste	<input type="checkbox"/>	Fluoridierte Mundspülung		
Munddusche	<input type="checkbox"/>			
Zahnseide	<input type="checkbox"/>			
Zahnhölzchen	<input type="checkbox"/>			
Zahnzwischenraumbürstchen	<input type="checkbox"/>			

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke und Veröffentlichungen genutzt werden dürfen.

Ingolstadt, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_