

Medizinische Befunderhebung

Besteht, bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Allergie (welche)	Nein	Ja, welche?	_____		
Atemwegserkrankungen	Nein	Ja, welche?	_____		
Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja, welche?	_____		
Herz-, Kreislauferkrankungen	Nein	Ja, welche?	_____		
Erkrankungen der blutbildenden Organe	Nein	Ja, welche?	_____		
Infektionskrankheiten	Nein	Ja	TBC	Immunmangel-Syndrom (AIDS)	
			Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
ADHS	Nein	Ja, welche?	_____		
Sonstige Erkrankungen	Nein	Ja, welche?	_____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein?	Nein	Ja, welche?	_____		
Nimmt Ihr Kind momentan Medikamente ein?	Nein	Ja, welche?	_____		

Ernährungsgewohnheiten

Isst / trinkt ihr Kind viel	Nein	Ja	Süßes	Obst / Gemüse	
			Wasser	Softdrinks	Milch

Mundhygiene

Lässt sich ihr Kind gut die Zähne putzen?	Nein	Ja			
Putzt ihr Kind schon selber die Zähne?	Nein	Ja			
Wie oft werden die Zähne geputzt?	_____				
Wie lange werden die Zähne geputzt?	_____				
mit	Handzahnbürste		elektrische Zahnbürste		
Putzt ihr Kind mit Zahncreme?	Nein	Ja			
Erhielt ihr Kind Fluoridtabletten?	Nein	Ja			
Erhält ihr Kind zusätzlich Fluorid-Gel?	Nein	Ja			

Lassen Sie uns an der „Welt“ Ihres Kindes teilhaben.

Lieblingsbeschäftigung / Hobbies: _____ Lieblingsfarbe: _____

Lieblingstier: _____ Lieblingskuscheltier: _____

Beste/r Freund/in: _____ Lieblingsessen u.-trinken: _____

Kindergarten / Schule: _____ ggf. Tel: _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen:

Zur Dokumentation möchten wir Sie für die digitale Patientenkartei fotografieren. Das Bild wird unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen archiviert. Sind Sie damit einverstanden? Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Aufklärung gelesen und verstanden zu haben, sowie die Richtigkeit meiner Angaben. Dies verpflichtet nicht zur Behandlung unter Lokalanästhesie.

Oberaudorf, den _____

Datum

Unterschrift d. Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r