



Fragebogen Kinder

Dieser Fragebogen enthält wichtige und zusätzliche Informationen für die Behandlung Ihres Kindes. Er verbleibt vertraulich in der persönlichen Patientenakte. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name

Vorname

geb.

Ist Ihr Kind heute zum ersten Mal beim Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall, bei dem Milch- oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind? ja nein

War Ihr Kind schon mal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Atmet Ihr Kind im Allgemeinen durch die Nase? ja nein

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? ja nein

Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein

Hat/hatte Ihr Kind Lutschgewohnheiten (Schnuller, Daumen, etc.)? ja nein

Welche? _____ Bis zu welchem Alter? _____

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Stifte oder sonstiges? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne nach? ja nein

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten oder eine fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein

Dürfen wir bei Ihrem Kind lokale Fluoridierungsmaßnahmen an den Zähnen vornehmen? ja nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten