

Medizinischer Fragebogen für Kinder bis 16 Jahre

Datum : -----
Name : -----
Geburtsdatum : -----
Wohnort : -----
Telefonnummer : -----
Name des Hausarztes : -----

Zustimmung zur Informationsweitergabe an den Hausarzt
Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Medizinische Risiken aus der Anamnese

Wir bitten Sie, diese Formulare ausgefüllt zum ersten Termin mitzubringen!

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Antwort an, die am meisten zutrifft (Ja oder Nein).
Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

- | | | |
|-----|---|------------------------|
| 1. | Hat sich in den letzten Monaten etwas an der Gesundheit des Kindes geändert?
Wenn ja, was? _____ | Ja / Nein |
| 2. | Ist das Kind in Behandlung bei einem Arzt oder Spezialisten?
Wenn ja, wofür? Name und Telefonnummer des Arztes/Spezialisten: _____ | Ja / Nein |
| 3. | War das Kind in den letzten Jahren in einem Krankenhaus?
Wenn ja, warum? _____ | Ja / Nein |
| 4. | Ist das Kind jemals an einer schweren Krankheit erkrankt?
Wenn ja, welche Krankheit? _____ | Ja / Nein |
| 5. | Hat das Kind eine Allergie?
Wenn ja, wogegen? _____ | Ja / Nein |
| 6. | Hat das Kind eine (angeborene) Herzkrankheit?
Wenn ja, welche? _____ | Ja / Nein |
| 7. | Ist das Kind jemals bei einer zahnärztlichen oder medizinischen Behandlung ohnmächtig geworden? | Ja / Nein |
| 8. | Hat das Kind Probleme mit Hyperventilation? | Ja / Nein |
| 9. | Hat das Kind Epilepsie? | Ja / Nein |
| 10. | Hat das Kind Atemprobleme wie Asthma, Bronchitis oder chronischen Husten?
Wenn ja, hat das Kind dabei Atemnot oder Kurzatmigkeit? | Ja / Nein
Ja / Nein |
| 11. | Hat das Kind Diabetes?
Wenn ja, benutzt es Insulin? | Ja / Nein
Ja / Nein |
| 12. | Leidet das Kind an einer Blutarmut? | Ja / Nein |
| 13. | Hat das Kind jemals längere Blutungen nach dem Entfernen von Zähnen, nach einer Operation oder Verletzung gehabt? | Ja / Nein |
| 14. | Hat das Kind Hepatitis, Gelbsucht oder eine andere Leberkrankheit (gehabt)? | Ja / Nein |
| 15. | Hat das Kind eine Nierenerkrankung? | Ja / Nein |
| 16. | Hat das Kind Probleme mit der Ernährung und/oder Magen-Darm-Beschwerden? | Ja / Nein |
| 17. | Hat das Kind eine Schilddrüsenerkrankung? | Ja / Nein |
| 18. | Hat das Kind eine Muskelerkrankung? | Ja / Nein |

19. Hat das Kind derzeit eine ansteckende Krankheit? Ja / Nein
Wenn ja, welche? _____
20. Kommen in der Familie des Kindes Erbkrankheiten vor? Ja / Nein
21. Ist das Kind oft ängstlich? Ja / Nein
Wenn ja, wovor? _____
22. Hat das Kind eine Behinderung? Ja / Nein
Wenn ja, welche? _____
23. Besucht das Kind eine Sonderschule oder eine medizinische Kindertagesstätte? Ja / Nein
Wenn ja, welche? _____
24. Wurde das Kind jemals unter Narcose behandelt? Ja / Nein
Wenn ja, verlief diese ohne Probleme? Ja / Nein
25. Hat das Kind eine Krankheit oder eine Erkrankung, nach der oben nicht
gefragt wurde? Ja / Nein
Wenn ja, welche? _____
26. Nimmt das Kind derzeit Medikamente? Ja / Nein
Wenn ja, welche? _____

Bemerkungen:

Name des Elternteils/Erziehungsberechtigten, der diesen Fragebogen ausgefüllt hat:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit freundlichen Grüßen
Jugendzahnarzt Meran