

Dr. Raphaela Fürnkranz
Facharzt für Zahn-,Mund- und Kieferheilkunde
Wahlärztin

5400 Hallein, Salzachtalstraße 5
Tel. 06245 - 86992
ordination@wassfuernzahn.at

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen **vollständig** aus. Sie tragen dazu bei, daß wir Ihren Gesundheitszustand richtig beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können.
Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum+ Vers:..... Adresse:.....

Krankenkasse: Telefon / privat:

E-Mail:

Hauptversicherter: Vers. Nr. :.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt (Medikamente, Nahrungsmittel)?

Falls ja, welche? Ja / Nein

War/Ist Ihr Kind je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bluterkrankung (z.B. Anämie, Leukämie, Bluterkrankheit)

Ja / Nein

Infektionskrankheiten (z.b HIV, Hepatitis, Tuberkulose)

Ja / Nein

Lebererkrankung Ja / Nein

Magen-Darm-Erkrankung Ja / Nein

Zuckerkrankheit(Diabetes mellitus) Ja / Nein

GeistigeVerzögerung oder Behinderung Ja / Nein

Asthma Ja / Nein

Epilepsie Ja / Nein

Lungenkrankheiten Ja / Nein

Muskelschwäche Ja / Nein

Sehschwäche Ja / Nein

Herzerkrankungen Ja / Nein

Neurodermitis Ja / Nein

Hörprobleme Ja / Nein

angeborener Herzfehler Ja / Nein

Fieberkrämpfe Ja / Nein

Taubheit Ja / Nein

Blindheit Ja / Nein

Spastik Ja / Nein

Nierenerkrankung Ja / Nein

Sonstige Allgemeinerkrankung? Falls ja, welche?
Ja / Nein

Sonstige Syndrome? Falls ja, welche? Ja / Nein

Ist Ihr Kind hyperaktiv? Ja / Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Falls ja, welche? Ja / Nein

Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? Ja / Nein
Falls ja, wo wurde diese Narkose durchgeführt, wann und warum?.....
Gab es Komplikationen?

Gab es gesundheitl. Probleme in den ersten 2 Lebensjahren? Ja / Nein
Falls ja, welche?

Zahnmedizinische Fragen

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? Ja / Nein

Wie lange wurde das Kind gestillt/bekamm es die Flasche?

Was war/ist in der Flasche?

Wurde/wird ein Schnuller benutzt/Daumen gelutscht? Ja / Nein

Bekam oder bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja / Nein

Falls ja in welcher Form? Tabletten/ Fluoridsalz/ Zahnpasta/ Fluoridgel

Wie putzt Ihr Kind Zähne? selbst/ unter Aufsicht/ Eltern putzen/ mit Hand/ elektrisch

Wie oft?.....

Hatt das Kind jemals einen Unfall, bei dem die Zähne betroffen waren? Ja / Nein

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?.....

Ist es der erste Zahnarztbesuch für ihr Kind? Ja / Nein

Gab es bereits negative Arzt/ Zahnarztbesuche? Ja / Nein

Falls ja, wovor hat Ihr Kind Angst?.....

Fragen an die Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche?.....

Mutter

Ja / Nein

Vater

Ja / Nein

Neigen Sie zu Karies/ Zahnfleischbluten/ Zahnstein? Ja / Nein

Ja / Nein

Bei Terminabsagen bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe!

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragebogen ändern.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Hallein, am

_____ Datum

_____ Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname