



**Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit und eingeschränkter Zungenfunktion für
Kleinkinder und Schulkinder**

Patientendaten:

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Nachname des Versicherungsnehmers: _____

Vorname des Versicherungsnehmers: _____

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: _____

Adresse des Versicherungsnehmers

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Empfohlen von: _____

Wundmanagement/Nachsorge wird kontrolliert von:



Allgemeine Gesundheitsfragen: *(Bitte zutreffendes ankreuzen)*

- Herz-Kreislauferkrankungen, wenn ja, welche?

- Allergien, wenn ja, welche?

- Blutgerinnungsstörung bei Ihrem Kind?

- Blutgerinnungsstörung bei nahen Verwandten?

- Bisherige verlängerte Blutungsneigung bei Wunden?

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

- Weitere wichtige Vorerkrankungen oder Behinderungen bekannt?

- Bereits durchgeführte OPs?

- Wurde bereits eine Zungenbandtrennung durchgeführt?

- Bisherige logopädische Behandlung? (wenn ja, bitte Praxisnamen angeben)

- Bisherige kieferorthopädische Behandlung? (wenn ja, bitte Praxisnamen angeben)

Fragen bezüglich eingeschränkter Zungenfunktion:

1. Sprache

- Frustration bei der Kommunikation?

- Schwierigkeiten von Eltern /Außenstehenden verstanden zu werden / undeutliche Aussprache?

- Schwierigkeit schnell zu sprechen?



**MVZ Zahnzentrum Rostock
Kinderzahnarztpraxis
Anamnesebogen**

- Probleme mit bestimmten Lauten?
 - Verzögerte Sprachentwicklung?
 - Nuscheln?
 - Andere Probleme?
-
-

2. Essen/Füttern

- Frustration beim Essen?
- Schwierigkeiten mit dem Beikoststart oder bei bestimmten Konsistenzen? Welcher Art?

- Langsamer Esser?
- Wenig Appetit? Problematische Gewichtszunahme beim Kind?
- Speisereste in den Wangentaschen?
- Würgen / Erbrechen beim Essen?
- Reflux?
- Andere Probleme beim Essen?

3. Schlaf

- Schnarchen / Schlafapnoe (Atemaussetzer)?
- Unruhiger Schlaf?
- Nächtliches Aufwachen? (Wenn ja, wie oft?)
- Unerholsamer Schlaf? Morgens müde?
- Zähneknirschen beim Schlafen?
- Mund in der Nacht geöffnet?
- Ungewöhnliche Schlafpositionen?
- Bettnässen?



4. Still- oder Flaschenverhalten als Baby (falls nachvollziehbar)

- Schmerzhaftes Stillen, schwaches Saugen?
- Schlechte Gewichtsentwicklung?
- Reflux? „Speikind“?
- Konnte den Nuckel nicht nehmen/halten?
- Milchverlust durch Mund/Nase?
- Mutter brauchte Brusthütchen zum Stillen?
- Wurde schnell abgestillt/nicht gestillt?
- Viel geweint als Baby oder starke Koliken?

5. Weitere mögliche Probleme

- Nacken- oder Schulterbeschwerden?
- Kiefergelenksprobleme?
- Kopfschmerzen / Migräne?
- Mundatmung / offener Mund tagsüber?
- Mandeln oder Polypen operiert? (Wenn ja, wann und wie oft?)
- Häufige Ohrinfektionen? Röhrrchen?
- Probleme sich zu konzentrieren oder hyperaktives Verhalten?

Copyright: Dr. A. Beckmann (angelehnt an den Fragebogen von Dr. Baxter)

Die Rechnungslegung erfolgt nach medizinischer Notwendigkeit im Ermessen der Zahnärztin. Die Erstattung durch Versicherungen/Beihilfen kann nicht garantiert werden und ist unabhängig von der Leistungsbringung in unserer Praxis.

*Mit der Terminvereinbarung akzeptieren Sie die o.g. Bestimmungen.
Weiterhin informieren wir Sie darüber, dass für kurzfristig (weniger als 24h) abgesagte und nicht wahrgenommene Termine ebenfalls die Beratungsgebühr in Rechnung gestellt wird.*

Datum

Unterschrift