

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche (ab 6.-18. Lebensjahr)

---

Name, Vorname (Kind)	geb.	Krankenversicherung
----------------------	------	---------------------

---

Anschrift des Kindes

---

Name, Vorname (Versicherter)	geb.	Tel.: Festnetz & mobil
------------------------------	------	------------------------

---

Anschrift des Versicherten (wenn abweichend zu obenstehenden Adressdaten) E-Mail

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Teilen Sie uns bitte vor jeder Behandlung mit, wenn sich Änderungen bei den Personalien oder dem Gesundheitszustand ergeben haben. –**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.** Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt.

- |  | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Befindet sich ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____                           |                          |                          |
| Wer ist der Hausarzt/Kinderarzt? _____                             |                          |                          |
| Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____   |                          |                          |
| Leidet ihr Kind an Allergien?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind Asthma oder Heuschnupfen?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind eine Latexallergie? (Luftballons, Gummihandschuhe)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen/Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, auf welche Medikamente? _____                             |                          |                          |
| Hat ihr Kind eine Herzerkrankung?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat ihr Kind eine Zucker- (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutet ihr Kind lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, MRSA)?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es andere Erkrankungen? _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bitte beachten Sie auch die Rückseite** →

Wird oder wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?    
Name des Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Röntgenbilder anfertigen,  
wenn es medizinisch notwendig ist?

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

---

### **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie um eine Schweigepflichtentbindung für den Fall, dass es für die Behandlung des Kindes notwendig ist, Röntgenbilder und/oder Befunde an Kieferchirurgen oder andere Behandler weiter zu leiten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

**ZAHNKOWSKI mvz**