

Gesundheitsbogen Kinder

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten um wahrheitsgemäße Angaben. Nachfolgend zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen und ggf. ergänzen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon/Handy (ggf. Eltern)	E-Mail (bitte gut lesbar schreiben)
Kinderarzt/ Kieferorthopäde	Bei wem versichert?

Allgemeine Anamnese

Allergien/Asthma	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Häufige Infekte	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Nasatmung behindert, Schnarchen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____
Sonstige Erkrankung/Fehlfunktion o.ä.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____

Medikamentenanamnese

Medikamenteneinnahme nein ja
Falls ja: Welche? Warum? Wie oft? Notfallmedikamente?

Spezielle Anamnese:

Mundhygiene: Wie oft? _____ Wann? _____
 selbstständig mit Unterstützung Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
Fluoridanwendung: Tabletten Zahnpasta Speisesalz Ablehnung
Ernährung: Frühstück 2. Frühstück Mittag Vesper/Kaffee Abend
 Zwischenmahlzeiten Naschen zwischendurch (egal was)
Getränke in Kita/Schule/Freizeit: _____
Besondere Ernährungsgewohnheiten: _____
Benötigen Sie Beratung zu einem speziellen Problem? _____
Was müssen wir über Ihr Kind eventuell noch wissen? _____
Hat Ihr Kind einen Pflegegrad oder eine Behinderung? nein ja

Chemnitz, _____
Datum Unterschrift bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte