



пациент:

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

индекс \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

улица, номер дома. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

больничная касса / кто несет расходы \_\_\_\_\_

**Застрахован у:**

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

индекс \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

улица, номер дома \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

опекуны?  отец  мать  другие лица \_\_\_\_\_

Причина сегодняшнего посещения врача? \_\_\_\_\_

Что было основной проблемой для Вашего ребенка при посещении врача? \_\_\_\_\_

Прежний зубной врач? \_\_\_\_\_

Как проходило лечение зубов до сих пор? \_\_\_\_\_

Когда был Ваш ребенок последний раз у зубного врача? \_\_\_\_\_

Болели ли у Вашего ребенка уже однажды зубы?  да  нет

Были ли у Вашего ребенка повреждения в области рта и челюстей?  да  нет

**Есть ли у Вашего ребенка одно из ниже перечисленных заболеваний?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> астма                 | <input type="radio"/> диабет                       | <input type="radio"/> судороги (напр. эпилепсия)           |
| <input type="radio"/> нарушения слуха       | <input type="radio"/> спастика                     | <input type="radio"/> заболевания щитовидной железы        |
| <input type="radio"/> заболевания почек     | <input type="radio"/> заболевания легких           | <input type="radio"/> заболевания крови                    |
| <input type="radio"/> туберкулез            | <input type="radio"/> заболевания печени / желтуха | <input type="radio"/> ревматизм/ ревматическая температура |
| <input type="radio"/> нервные заболевания   | <input type="radio"/> СПИД                         | <input type="radio"/> желудочно-кишечные заболевания       |
| <input type="radio"/> умственная отсталость | <input type="radio"/> проблемы в обучении          | <input type="radio"/> задержки в умственном развитии       |

Есть или были у Вашего ребенка заболевания сердца?  да  нет

врожденный или приобретенный порок сердца  операции на сердце  прочее: \_\_\_\_\_

Есть ли другие заболевания?  да  нет

если да, то какие? \_\_\_\_\_

Есть ли у Вашего ребенка аллергия?  да  нет

если да, на что? \_\_\_\_\_

Принимает ли Ваш ребенок какие-либо медикаменты?  да  нет

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Дышит ли Ваш ребенок через рот?  да  нет

**Анамнез родителей:**

Есть ли у Вас аллергия?  да  нет

Если да, какая? \_\_\_\_\_

Предрасположены ли Вы к...

Кариесу?  да  нет  да  нет

зубной камень?  да  нет  да  нет

кровотечения десен?  да  нет  да  нет

боязнь зубного врача?  да  нет  да  нет

### Питание Вашего ребенка:

Любит ли Ваш ребенок есть сладости?  да  нет  
если да, как часто?  редко  один раз в день  несколько раз в день

Что любит Ваш ребенок есть на завтрак?

напитки:  чай / кофе с сахаром  чай / кофе без сахара  молоко  какао

фруктовые соки  другое \_\_\_\_\_

Питание:  хлеб  масло  варенье  нутелла  сыр  колбаса  мясли

хлопья  фрукты  сладости  другое: \_\_\_\_\_

Что ест Ваш ребенок на обед? (кратко) \_\_\_\_\_

Что ест Ваш ребенок между основными приемами пищи?  пирог  сладости  чипсы, соленые палочки и др.  
 бутерброды  фрукты

Что ест Ваш ребенок на ужин? (кратко) \_\_\_\_\_

Что пьет Ваш ребенок в течении дня?  (минеральная) вода  сладкий лимонад  чай  молоко  какао  
 фруктовые соки  кока кола  другое: \_\_\_\_\_

### Уход за зубами:

Зубы чистит:  ребенок самостоятельно  с помощью родителей  родители чистят

Когда чистятся зубы?  перед завтраком  после завтрака  после обеда

сразу после ужина  перед сном

Как чистятся зубы?  обыкновенной зубной щеткой  электрической зубной щеткой  душем для полости рта

зубной нитью  зубочисткой  щеткой для чистки пространств между зубами

Зубная паста: Название: \_\_\_\_\_  с фтором  без фтора

### Употребление фтора:

принимались или принимаются «D-Fluoretten»?  да  нет

с какого времени и до какого времени? \_\_\_\_\_

Zumafluog?  да  нет

применяется ли гель с фтором (напр. Elmex гель)?  да  нет когда и как часто? \_\_\_\_\_

применяется ли полоскание для рта с фтором? когда и как часто? \_\_\_\_\_

фторирование у зубного врача?  да  нет

употребляется ли дома соль со фтором?  да  нет

### Употребление жидкости маленькими детьми и детьми дошкольного возраста:

Как долго ребенок питался материнским молоком? \_\_\_\_\_

Как долго пил Ваш ребенок из бутылочки? \_\_\_\_\_

Пьет ли Ваш ребенок и теперь из бутылочки?  да  нет

Воду  Лимонад  Фруктовые соки  Сладкий чай  Несладкий чай

Сладкий фруктовый чай  Несладкий фруктовый чай

Пьет Ваш ребенок из чашки?  да  нет

Воду  Лимонад  Фруктовые соки  Сладкий чай  Несладкий чай

Сладкий фруктовый чай  Несладкий фруктовый чай  молоко  какао

дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Спасибо за Ваше сотрудничество! Сообщите нам пожалуйста своевременно все изменения в выше указанных данных.