

Gesundheitsfragebogen Kinder

Bitte gemeinsam mit dem Kind ausfüllen.

Stand: Dez 2020

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Versichert: gesetzlich privat Beihilfe

Schauen Sie nachts regelmäßig ihr Kind beim Schlafen an? Ja Nein

Fällt Ihnen auf, dass Ihr Kind tagsüber über den Mund atmet? Ja Nein

Liebe Eltern,

schiefe Zähne sind nicht genetisch bedingt, sondern nur ein Symptom.

Die klassische Kieferorthopädie behandelt lediglich diese Symptome.

Wir bei richmodent verfolgen den Ansatz, so früh wie möglich die Ursachen von schiefen Zähnen zu therapieren und somit das Wachstum der Kinder zu nutzen, um die Kieferentwicklung optimal zu fördern.

Die Ursachen von schiefen Zähnen können zusätzlich Auswirkungen auf den Schlaf und somit auf die Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes haben.

Dieser Fragebogen dient dazu, mögliche Auswirkungen bei Ihrem Kind herauszufinden, welche Sie selbst vielleicht noch nie in Zusammenhang gebracht haben.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, ausführlich diesen Fragebogen auszufüllen und melden sich bei uns, wenn Sie viele Punkte mit JA beantworten können und diese Punkte Sie zusätzlich beunruhigen, oder Sie mehr Informationen dazu haben möchten.

Wir empfehlen diesen Fragebogen jedes Jahr neu auszufüllen.



Gesundheitsfragebogen Kinder

Bitte gemeinsam mit dem Kind ausfüllen.

Stand: Dez 2020



SCHLAF

Ihr Kind ...

... braucht länger als 20 Minuten zum Einschlafen? Ja Nein Weiss ich nicht

... schläft mit offenem Mund? Ja Nein Weiss ich nicht

... strampelt sich im Schlaf die Bettdecke weg? Ja Nein Weiss ich nicht

... bewegt sich im Schlaf viel? Ja Nein Weiss ich nicht

... **wacht auf und:**

a. schaut sich um, schläft wieder ein? Ja Nein Weiss ich nicht

b. geht auf die Toilette? Ja Nein Weiss ich nicht

c. geht zu den Eltern ins Bett? Ja Nein Weiss ich nicht

Wenn ja, wie oft? _____

... schafft es nicht auf die Toilette und macht ins Bett (oder trägt eine Windel)? Ja Nein Weiss ich nicht

... schlafwandelt oder leidet unter Nachtschreck? Ja Nein Weiss ich nicht

... **liegt im Schlaf mit dem Kopf überstreckt am Rand oder mit vielen Kissen im Rücken?** Ja Nein Weiss ich nicht

... benötigt Hilfsmittel zum Schlafen wie z.B. eine Therapiedecke, Grow Clock ... ? Ja Nein Weiss ich nicht

Hören Sie Ihr Kind im Schlaf

a. atmen?

b. knirschen?

c. **schnarchen?**

Falls ja, hält es ab und zu den Atem dabei an? Ja Nein Weiss ich nicht

GEWOHNHEITEN

Ihr Kind...

... benutzt noch einen Schnuller oder Daumen? Ja Nein Weiss ich nicht

... wacht morgens mit einem trockenen Mund/ Hals auf? Ja Nein Weiss ich nicht

... bekommt schnell Seitenstiche beim Laufen? Ja Nein Weiss ich nicht

... hat oft Kopfschmerzen/Übelkeit? Ja Nein Weiss ich nicht

Wenn ja, wie oft: _____

Gesundheitsfragebogen Kinder

Bitte gemeinsam mit dem Kind ausfüllen.

Stand: Dez 2020



STILLEN

Hatten/Mussten Sie...

- ... Probleme beim Stillen? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... Schmerzen beim Stillen? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... sehr häufig stillen? Ja Nein Weiss ich nicht

SPRACHE

Ihr Kind ...

- ... ist in Sprachtherapie/Logopädie? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... hat ein ungewöhnliches Sprachverhalten? Ja Nein Weiss ich nicht

VERHALTEN

Ihr Kind...

- ... wacht morgens unausgeschlafen auf? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... ist auch tagsüber müde? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... lässt sich schwer morgens wecken? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... benötigt noch einen Mittagsschlaf? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... hat morgens Mundgeruch/Halsschmerzen? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... kann sich nicht in der Schule konzentrieren? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... erscheint oft:
- a. antriebslos Ja Nein Weiss ich nicht
- b. zappelig Ja Nein Weiss ich nicht
- ... leidet an ADHS/ADS? Ja Nein Weiss ich nicht

GESUNDHEIT

Ihr Kind...

- ... hat Allergien? Ja Nein Weiss ich nicht
- Wenn ja, welche? _____
- ... hat Asthma? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... hat Augenringen? Ja Nein Weiss ich nicht
- ... hatte Paukenröhrchen? Ja Nein Weiss ich nicht

Anzahl der Ja-Antworten _____