

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheum. Fieber* | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) | <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja

Herzoperation angeborener oder erworbener Herzfehler Sonstiges _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja

Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? nein ja

Ist Ihr Kind in therapeutischer Behandlung? nein ja, welche _____

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selber mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- Wann werden Zähne geputzt: vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittag
 sofort nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett Gehen
- Womit werden die Zähne geputzt: Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahn-Zwischenraum-Bürsten

Fluoridzufuhr

- Werden oder wurden D-Fluorettten gegeben? nein ja
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? nein ja
- Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt? nein ja

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____