

Gesundheitsfragebogen Kinder

Bitte gemeinsam mit dem Kind ausfüllen.

Stand: April 2022

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

Stand: April 2022



Name des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes: w m div

SCHLAF

Ihr Kind ...

... braucht länger als 20 Minuten zum Einschlafen? Ja Nein... schläft mit offenem Mund? Ja Nein... strampelt sich im Schlaf die Bettdecke weg? Ja Nein... bewegt sich im Schlaf viel? Ja Nein

... wacht auf und:

a. schaut sich um, schläft wieder ein? Ja Neinb. geht auf die Toilette? Ja Neinc. geht zu den Eltern ins Bett? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

... schafft es nicht auf die Toilette und

macht ins Bett (oder trägt eine Windel)? Ja Nein... schlafwandelt oder leidet unter Nachtschreck? Ja Nein

... liegt im Schlaf mit dem Kopf überstreckt

am Rand oder mit vielen Kissen im Rücken? Ja Nein

... benötigt Hilfsmittel zum Schlafen wie

z.B. eine Therapiedecke, Grow Clock ... ? Ja Nein

Hören Sie Ihr Kind im Schlaf

a. atmen? Ja Neinb. knirschen? Ja Neinc. schnarchen? Ja NeinFalls ja, hält es ab und zu den Atem dabei an? Ja Nein

GEWOHNHEITEN

Ihr Kind...

... benutzt noch einen Schnuller oder Daumen? Ja Nein

... wacht morgens mit einem trockenen

Mund/ Hals auf? Ja Nein... bekommt schnell Seitenstiche beim Laufen? Ja Nein... hat oft Kopfschmerzen/Übelkeit? Ja Nein

Wenn ja, wie oft: _____

Ja Nein

Ja Nein

STILLEN

Hatten/Mussten Sie...

... Probleme beim Stillen? Ja Nein... Schmerzen beim Stillen? Ja Nein... sehr häufig stillen? Ja Nein

SPRACHE

Ihr Kind ...

... ist in Sprachtherapie/Logopädie? Ja Nein... hat ein ungewöhnliches Sprachverhalten? Ja Nein

VERHALTEN

Ihr Kind...

... wacht morgens unausgeschlafen auf? Ja Nein... ist auch tagsüber müde? Ja Nein... lässt sich schwer morgens wecken? Ja Nein... benötigt noch einen Mittagsschlaf? Ja Nein... hat morgens Mundgeruch/Halsschmerzen? Ja Nein... kann sich nicht in der Schule konzentrieren? Ja Nein

... erscheint oft:

a. antriebslos Ja Neinb. zappelig Ja Nein... leidet an ADHS/ADS? Ja Nein

GESUNDHEIT

Ihr Kind...

... hat Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

... hat Asthma? Ja Nein... hat Augenringe? Ja Nein

Anzahl der Ja-Antworten _____