

Kieferorthopädischer Fragebogen

Patient: Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

emailadresse: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Empfohlen durch: _____

Wann kamen die ersten Milchzähne?

vor dem 6. Lebensmonat zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

vor dem 6. Lebensjahr im 6. und 7. Lebensjahr im 8. Lebensjahr oder später

Säuglingszeit: Ernährung: _____ Monate gestillt _____ Monate Flasche

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem HNO Arzt? ja nein

Atmet Ihr Kind normalerweise durch die Nase? ja nein

Atmet Ihr Kind normalerweise durch den Mund? ja nein

Knirscht Ihr Kind? nachts tagsüber nein

Hat Ihr Kind gelutscht? wenn ja, wie lange? _____ nein

Wurde oder wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?

ja nein

Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Fehlstellungen der Zähne oder der Kiefer?

nein ja, bei _____

War ein/beide Elternteil/e früher in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Beteiligung der Zähne/des Kiefers?

ja _____ nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien? z. B. Latex/Gummi Pollen/Gräser

Nickel Chrom

keine Allergien gegen Medikamente _____

Sonstige bekannte Erkrankungen? _____

Wurde andernorts eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

ja, wie lange _____ nein

wo? _____

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja nein

Wo befinden Sie sich in zahnärztlicher Behandlung? _____

Sind weitere Geschwisterkinder in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift