

Liebe Eltern,

zur Ergänzung des kieferorthopädischen Befundes bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, den Gesundheitszustand Ihres Kindes bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern!

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Krankenk. _____ Beihilfe _____
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie _____

Hauptversicherter/Elternteil:

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____
Beruf _____ eMail _____
Telefon _____ mobil _____
ggf. abweichende Adresse _____
Hauszahnarzt _____
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? _____

Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma, Lungenerkrankung (COPD,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (HIV,Hepatitis,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-, Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörprobleme (Trommelfellröhrchen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muskelerkrankung (Vit.B12-Mangel,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lernschwäche, geistige Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Allergien/Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche: _____		
überempfindlich gegen best. Stoffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche: _____		
Fehlen Ihrem Kind Impfungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche: _____		
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche: _____		
Bestehen Unverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche: _____		
Beindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grund: _____		
Name und Anschrift des (Kinder-) Arztes:	_____				
Andere Erkrankungen, ergänzende Angaben:	_____				

Kieferorthopädische Fragen

	ja	nein
Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann, bei welchem Arzt? _____		
Wurde die Behandlung abgeschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls nein, bitte Grund angeben: _____		
Liegen ähnliche Fehlstellungen bei Eltern oder Geschwister vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche und bei wem? _____		
Waren oder sind Eltern/Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann kamen die ersten Milchzähne? <input type="radio"/> vor dem 6.-7. Monat <input type="radio"/> um 6.-7. Monat <input type="radio"/> nach dem 8. Monat		
Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder der Kiefer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann? _____		
Betreibt Ihr Kind gefährliche Sportarten? (Inliner, Hockey, Rugby)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht oder bestand Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bis wann? _____		
Werden Zungenpressen, Nägelkauen, Lippenbeißen, Bleistiftkauen oder andere Gewohnheiten beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche, seit wann? _____		
Wird Zähneknirschen oder Zähnepressen beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit wann? _____		
Bestehen Kiefergelenkbeschwerden oder -knacken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche, seit wann? _____		
Liegt eine Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was, seit wann? _____		
War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden <input type="radio"/> Mandeln entfernt <input type="radio"/> Polypen entfernt <input type="radio"/> Sonstiges _____		
Besteht ein Sprachfehler oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann? _____		
Benutzt Ihr Kind regelmäßig: <input type="radio"/> eine fluoridhaltige Zahnpasta <input type="radio"/> Fluoridtabletten <input type="radio"/> ein fluoridhaltiges Gel		
Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf- bzw. Kieferbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann, bei welchem Arzt? _____		
Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei meinem Kind angefertigt werden.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten