

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig, Sie können so die für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und uns helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung für Sie bzw. Ihres Kindes zu schaffen.

Alle grün markierten Fragen bitte nur beantworten, wenn Ihr Kind Patient ist.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Bestehen/Bestanden bei Eltern oder nahen Verwandten Zahn- oder Kieferfehlstellungen?		nein
ja	Welche?: Womit erfolgte die Behandlung? mit festsitzenden Zahnspangen mit herausnehmbaren Zahnspangen	
2. Besonderheiten bei der Geburt bzw. Schwangerschaft Ihres Kindes?		nein
ja	Welche?: Krankheiten Unfälle Ernährungsstörungen Medikamente	
3. Wann kamen die ersten Milchzähne ?		
	vor dem 6. Lebensmonat (frühzeitig) im 6. - 8. Lebensmonat (normal) nach dem 8. Lebensmonat (verzögert)	
4. Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?		
	vor dem 6. Lebensjahr (frühzeitig) im 6. - 7. Lebensjahr (normal) im 8. Lebensjahr o. später (verzögert)	
5. Fanden in den letzten Jahren größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle im Schädelbereich statt?		nein
ja	Was? + Wann?	
6. Kinderkrankheiten/ Krankheiten ?		nein
ja	Rachitis Asthma häufige Erkältungen Heuschnupfen Lungenentzündung	
7. Bestehen zurzeit ansteckende Krankheiten ?		nein
ja	Hepatitis Tuberkulose HIV	
8. Bestehen Blutgerinnungsstörungen ?		nein
ja	Welche?:	
9. Sind Sie/Ihr Kind seit längerer Zeit in ärztlicher Behandlung ?		nein
ja	Wegen?:	
10. Bestehen Allergien ?		nein
ja	Welche?:	
11. Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		nein
ja	Welche?:	
12. Waren Sie/Ihr Kind bereits einmal bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt ?		nein
ja	Entfernung der Polypen Entfernung der Mandeln	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

13. Atmen Sie/Ihr Kind durch den Mund? Leidet Ihr Kind an einer erschwerten Nasenatmung?		nein
ja		

14. Hat Ihr Kind gelutscht?		nein
ja	Daumen Finger Nuckel	nur bis max. zum 3. Lebensjahr bis zum 5. Lebensjahr noch

15. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung durchgeführt?		nein
ja	Wann?: In welcher Praxis?:	

16. Welche Hobbies haben Sie/Ihr Kind?		keine
	Sport Musizieren	anderes:

17. Was wir noch über Sie/Ihr Kind wissen sollten?		

18. Erfolgte bereits eine Vorstellung (Beratung) bei einem anderen Kieferorthopäden ? Ist dies für Sie eine 2. Meinung, wenn ja warum?		nein
ja		

19. Wurde/Wird anderenorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?		nein
ja	Wann?: In welcher Praxis?: (Name und Anschrift) Erfolgte diese Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen mit feststehenden Apparaturen Wurde diese Behandlung regulär abgeschlossen oder abgebrochen ? Warum?	

20. Ist derzeit ein Geschwisterkind, das bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und im gemeinsamen Haushalt lebt, in kieferorthopädischer Behandlung? Und erhalten Sie für dieses Kind Eigenanteilsrechnungen (20%) von Ihrem Kieferorthopäden?		nein
ja	In welcher Praxis?	

Sie haben uns sehr geholfen! Vielen Dank!

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und werde die Praxis umgehend informieren, wenn sich Änderungen ergeben sollten.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)