

FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN VORUNTERSUCHUNG

Zu- und Vorname: _____ Vers.Nr./geb: _____

Versicherter Zu- und Vorname: _____ Vers.Nr./geb: _____

Adresse: _____ Email: _____

Tel. Eltern: _____ Tel. Patient: _____

Krankenkasse: _____

Rechnungsadresse, wenn anders als oben: _____

Sie kommen auf Empfehlung von _____

Ihr behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin heißt _____

A. Aus welchem Grund möchten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

- Schiefe Zähne
- Falscher Biss
- Platzmangel
- Fehlende Zähne
- Unterkiefer steht nach vorne
- Zähne stehen nach vorne
- Unterkiefer steht nach hinten
- Zahnlücken
- Sonstiges:

B. Bestehen noch weitere Probleme?

	leicht	mittel	ausgeprägt
1. Gesichtschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Karies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zahnfleischerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. "Klick"-Geräusche im Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Probleme beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Probleme beim Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Bestehen bei nahen Verwandten ein Fehlbiss oder wurden sie kieferorthopädisch behandelt?

- Vater
- Mutter
- Bruder
- Schwester
- Andere

D. Nimmt Ihr Kind/Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

E. Krankheiten

- Kinderkrankheiten: _____
- Hauterkrankungen: _____
- häufige Aphten
- Asthma
- Heuschnupfen
- Hörprobleme
- Epilepsie
- Diabetes
- Hepatitis
- HIV/Aids
- Tuberkulose
- Herzleiden
- Blutgerinnungsstörungen
- Sonstige: _____

E. Bestehen Allergien?

- Nickel
- Chrom
- Pollen/Gräser
- Latex/Gummi
- gegen Medikamente

welche? _____

F. Knirscht Ihr Kind/Knirschen Sie?

- Nein
- Nachts
- Tagsüber

G. Gab es in den letzten Jahren größere chirurgische Eingriffe?

keine

Ja

Welche? _____

Wann? _____

H. Hatte Ihr Kind/ Hatten Sie einen Unfall bei dem

Milchfrontzähne verloren gingen?

Bleibende Frontzähne beschädigt wurden?

Bleibende Frontzähne locker wurden?

Bleibende Frontzähne zurückgesetzt wurden?

I. War Ihr Kind/Waren Sie bereits beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

Nein

Beratung

Polypen entfernt

Mandeln entfernt

Sonstige

J. Atmet Ihr Kind/ Atmen Sie normalerweise

durch die Nase

durch den Mund

erschwerte Nasenatmung

schnarcht nachts

K. Hat Ihr Kind/Haben Sie gelutscht?

Nein

Daumen

Finger

Schnuller

Bettzipfel

wie lange? _____

L. Wurde eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) bereits durchgeführt?

Nein

Ja

Wann? _____

Von wem? _____

M. Spielt Ihr Kind/Spielen Sie ein Blasinstrument?

wenn ja, welches? _____

N. Treibt Ihr Kind/Treiben Sie eine Sportart intensiv?

wenn ja, welche? _____

O. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Nein

Ja

Wann? _____

Bei: _____

Verwendete Apparaturen:

Abnehmbar

Festsitzend

P. Wurden bereits bleibende Zähne extrahiert?

Nein

Ja

Welche? _____

Q. Schulleistungen Ihres Kindes?

Sehr gut

zufrieden stellend

mangelhaft

R. Welche Schulform besucht Ihr Kind?

Internat (mit Übernachtung)

Hört bis _____ Uhr

S. Ist Ihr Kind ordnungsliebend?

ja

nein

T. Putzt das Kind unaufgefordert regelmäßig die Zähne?

ja

meistens

nein

U. Das Kind lebt

bei den Eltern

die Eltern leben getrennt

bei den Großeltern

bei Pflegeeltern

in einem Heim

V. Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?