

## 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?**