

Allgemeine Gesundheitsangaben:

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Wenn ja, welche? ja nein

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei wem, warum? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche, wozu? ja nein

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche? ja nein

War oder ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Bestehen Allergien? (Nickelallergie) Welche? ja nein

Besteht eine Natur-Latex Allergie? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Wann, bei welchem Arzt? _____

Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Wer, bei welchem Arzt? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____

Wann kamen die ersten Milchzähne? vor dem 6.-7. Monat nach dem 8. Monat

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche, wann? _____

Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
Wenn ja, bis wann? _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____

Bestehen oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Besteht häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? Was? ja nein

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals- Nasen- Ohrenarzt? ja nein
Wenn ja, was? Mandeln entfernt Polypen entfernt
 Sonstiges: _____

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____

Welche Hobby's (Musikinstrument, Sport) _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? ja nein

Röntgeneinverständniserklärung

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

Datum

Unterschrift des volljährigen Patienten/Erziehungsberechtigten