

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Hausarzt: _____ letzter Besuch: _____

Zahnarzt: _____ letzter Besuch: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

[Folgende Fragen dienen der allgemeinmedizinischen Beurteilung.]

Haben Sie zur Zeit gesundheitliche Probleme? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatten Sie jemals einen stationären Krankenhausaufenthalt oder eine Allgemeinnarkose?
Falls ja, wann und weshalb? ja nein ?

Leiden Sie unter Allergien bzw. Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Asthma, Medikamente, Latex, Nickel, Pollen, Hausstaub, etc.)
Falls ja, welche? ja nein ?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?
Falls ja, welche? ja nein ?

Rauchen Sie?
Falls ja, wieviel? ja nein ?

Standen Sie jemals wegen folgender Krankheiten in ärztlicher Behandlung?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Asthma bronchiale | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Arthritis (Gelenkentzündung) |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Herzleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Krebs |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Herzgeräusche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Strahlentherapie |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | (epileptische) Anfälle |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Anämie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Lähmungen |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Hämophilie/Bluter | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Bluttransfusion | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Sprach-/Hörprobleme |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Hepatitis (Gelbsucht) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Augenleiden |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | AIDS oder HIV pos. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Hauterkrankungen |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Tonsillitis (Mandelentzündung) |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Leberleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Entzündung der Nebenhöhlen |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Nierenleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Schlafprobleme |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ? | Essstörungen |

Frauen: besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein ?

[Folgende Fragen dienen der Beurteilung des Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereichs.]

Was ist Ihr Hauptanliegen was die Zähne betrifft?

Sind Sie in regelmäßiger (halbjährlich) zahnärztlicher Kontrolle? ja nein ?

Was wurde beim letzten Zahnarztbesuch gemacht?

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Zahnröntgen gemacht? ja nein ?
Falls ja, wann?

War bei Ihnen eine zahnärztliche Behandlung mit Komplikationen verbunden? ja nein ?
Falls ja, welche?

Sind Ihre Zähne empfindlich auf Temperatur oder diverse Speisen? ja nein ?

Wurde Ihnen bereits richtiges Zähneputzen gelehrt? ja nein ?

Blutet Ihr Zahnfleisch leicht beim Putzen? ja nein ?

Verwenden Sie Fluoride (in Form von Zahnpaste, Spülungen oder Tabletten)? ja nein ?

Leiden Sie unter Knacken oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein ?

Haben oder hatten Sie Probleme beim Öffnen oder Schließen des Mundes? ja nein ?

Ist in Ihrer Familie eine Vererbung von Merkmalen festzustellen, die die Gesicht-/Kieferform oder die Zahnstellung betreffen? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatten Sie jemals eine Zahnverletzung? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatten Sie jemals eine Verletzung im Gesicht oder eine Verletzung der Kieferknochen? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatten Sie Probleme bzw. Beschwerden im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich, die bisher nicht erwähnt worden sind? ja nein ?
Falls ja, welche?

Wenn Sie die Stellung Ihrer Zähne verändern könnten, was hätten Sie gerne verändert?

- Obere Zähne nach hinten nach vorne
- Untere Zähne nach hinten nach vorne
- Aussehen einzelner Zähne ändern (Form, Farbe, etc.)
- Obere Zähne nach oben, weil zuviel Zahnfleisch sichtbar ist
- Lücken schließen im Oberkiefer Unterkiefer
- Gedreht stehende Zähne gerade richten im Oberkiefer Unterkiefer

Wenn Sie Ihr Gesichtsprofil ändern könnten, was hätten Sie gerne verändert?

- Oberlippe nach vorne nach hinten
- Unterlippe nach vorne nach hinten
- Oberkiefer nach vorne nach hinten
- Unterkiefer nach vorne nach hinten
- Kinn größer kleiner
- Nase größer kleiner

Änderungen in Bezug auf die vorangegangenen Fragen, die sich während der kieferorthopädischen Behandlung ergeben, müssen uns umgehend mitgeteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Obsorgeberechtigten