

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Hausarzt: _____ letzter Besuch: _____

Zahnarzt: _____ letzter Besuch: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

[Folgende Fragen dienen der allgemeinmedizinischen Beurteilung Ihres Kindes.]

Hat Ihr Kind zur Zeit gesundheitliche Probleme? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatte Ihr Kind jemals einen stationären Krankenhausaufenthalt oder eine Allgemeinnarkose? ja nein ?
Falls ja, wann und weshalb?

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

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? ja nein ?
Falls ja, welche?

Stand Ihr Kind 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 |

[Folgende Fragen dienen der Beurteilung der Reife Ihres Kindes.]

Ist Ihr Kind in letzter Zeit stark gewachsen? ja nein ?
Falls ja, wieviel?

Körpergröße des Vaters: _____ cm Körpergröße der Mutter: _____ cm

Ältere Geschwister (Alter/Größe/Gewicht):

Mädchen: hat die Menstruation schon begonnen? ja nein ?
Falls ja, mit wieviel Jahren?

Mädchen: besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein ?

Schule Ihres Kindes: _____ Schulstufe: _____

Lernt Ihr Kind schnell durchschnittlich langsam ?

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

Was ist Ihr Hauptanliegen was die Zähne Ihres Kindes betrifft?

War Ihr Kind zuvor schon bei einem Zahnarzt? ja nein ?
Falls ja, was wurde gemacht?

Steht Ihr Kind in regelmäßiger (halbjährlich) zahnärztlicher Kontrolle? ja nein ?

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

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

Hatte Ihr Kind einmal Zahnschmerzen und / oder Karies? ja nein ?

Sind die Zähne Ihres Kindes empfindlich auf Temperatur oder diverse Speisen? ja nein ?

Wurde Ihrem Kind bereits richtiges Zähneputzen gelehrt? ja nein ?

Blutet das Zahnfleisch Ihres Kindes leicht beim Putzen? ja nein ?

Verwendet Ihr Kind Fluoride (in Form von Zahnpaste, Spülungen oder Tabletten)? ja nein ?

Leidet Ihr Kind unter Knacken oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein ?

Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Öffnen oder Schließen des Mundes? ja nein ?

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

Hatte Ihr Kind jemals eine Zahnverletzung? ja nein ?
Falls ja, welche?

Hatte Ihr Kind jemals eine Verletzung im Gesicht oder eine Verletzung der Kieferknochen?
Falls ja, welche? ja nein ?

Bis zu welchem Alter verwendete Ihr Kind einen Schnuller? immer noch

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder kaut es an den Nägeln? ja nein andere
Falls ja, welche?

Legt Ihr Kind die Unterlippe zwischen obere und untere Schneidezähne ein? ja nein ?

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

Ihr Verhältnis zum Patienten/zur Patientin: Vater Mutter andere _____

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