

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir genau auf die kieferorthopädischen Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	Telefon mobil
<input type="text"/>	
E-Mail	

1. Waren Sie bereits mit Ihrem Kind bei einem Kieferorthopäden? Ja Nein

2. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? Ja Nein

3. Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden? Ja Nein

4. War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden? Ja Nein

5. War Ihr Kind bereits in physiotherapeutischer und/oder osteopathischer Behandlung? Ja Nein

6. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? Ja Nein

7. Sind bei einem Unfall die Milchschnidezähne verloren gegangen oder bleibende Zähne beschädigt worden? Ja Nein

8. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)

9. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

10. Bestehen Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

11. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

13. Atmet Ihr Kind mehr durch die Nase? durch den Mund?

14. War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? Ja Nein

15. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Ja Nein

16. Hat Ihr Kind gelutscht? Ja Nein es lutscht noch am Daumen am Nuckel

17. Liegen sonstige Angewohnheiten vor, wie

Nägelkauen/-beißen Stiftekaugen Lippenbeißen Sonstiges

18. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Kiefergelenk? Ja Nein

19. Wer ist der Hauszahnarzt Ihres Kindes?

20. Wer ist der Hausarzt Ihres Kindes?

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten (ggf. mit Ermächtigung des nicht anwesenden weiteren Sorgeberechtigten)