

FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN VORUNTERSUCHUNG FÜR:

Name des Patienten

- Wer ist die/der behandelnde Zahnarzt/Zahnärztin?
-

- Wurden durch einen Unfall im Kopf- oder Gesichtsbereich Milch- oder bleibende Zähne geschädigt? ja nein

wenn ja, welche und wann?

- Gibt es in ihrer Familie Zahn- oder Kieferfehlstellungen? Sind Nichtanlagen von Milch- oder bleibenden Zähnen bekannt? ja nein

wenn ja, wer und was?

- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? ja nein

wenn ja, was und wann?

- Atmen Sie häufig durch den Mund? ja nein

- Schnarchen Sie? ja nein

- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein

wenn ja, wo und weshalb?

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

- Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung stattgefunden? ja nein

wenn ja, wo und wann?

- Spielen Sie ein Instrument? ja nein

wenn ja, welches?

- Treiben Sie Sport? ja nein

wenn ja, welchen?

(bitte wenden)

ALLGEMEINE ANAMNESE:

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN MÖGLICHST VOLLSTÄNDIG. SIE HELFEN UNS DAMIT EINE UMFASSENDE GRUNDLAGE FÜR DIE BEHANDLUNGSPLANUNG ZU SCHAFFEN.

- Besteht ein Verdacht auf eine Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? ja nein
wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche? _____
- Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? ja nein
- Sind Sie schon einmal ohnmächtig geworden? ja nein
- Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit? ja nein
(z.B. Hepatitis A/B/C, TBC, HIV)
wenn ja, welche? _____
- Bestehen andere angeborene oder erworbene Krankheiten? ja nein
(z.B. Herzfehler, Asthma, Epilepsie, Diabetes)
wenn ja, welche? _____