

FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN VORUNTERSUCHUNG FÜR:

Name des Patienten

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

- Wann kamen die ersten Milchzähne?
-

- Hat ihr Kind über das dritte Lebensjahr hinaus am Daumen, Finger, Schnuller, Bettzipfel o.ä. gelutscht? ja nein

wenn ja, woran und bis wann? _____

- 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? _____

- Atmet ihr Kind häufig durch den Mund? ja nein

- Schnarcht ihr Kind? ja nein

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

wenn ja, wo und weshalb? _____

- Bitte geben Sie aus Wachstumsgründen bei Mädchen den Zeitpunkt der ersten Menstruation an.
-

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

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

wenn ja, wo und wann? _____

- Welche Schule besucht ihr Kind?
-

- Spielt ihr Kind ein Instrument? ja nein

wenn ja, welches? _____

- Treibt ihr Kind 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? _____
- Hat ihr Kind einen Allergiepass? ja nein
- Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche? _____
- Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? ja nein
- Ist ihr Kind schon einmal ohnmächtig geworden? ja nein
- Leidet ihr Kind 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? _____