

Kieferorthopädischer Fragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.

Patientenname: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Handy-Nr.: _____

Anschrift: _____ Zahnarzt: _____

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

Email: _____ Handy-Nr.: _____

Anschrift: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____

1. Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung?

ja nein

Vorname(n): _____

2. Wurde der Patient bereits kieferorthopädisch beraten?

ja nein bzw. vorbehandelt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

3. Hat der Patient Daumen gelutscht? ja nein

Bis zu welchem Alter? _____

4. Atmet der Patient im allgemeinen durch die Nase
oder durch den Mund?

Schläft er mit offenem Mund? ja nein

5. Ist bekannt, ob der Patient eine Zahnunter-/überzahl hat?

ja nein

Welche Zähne? _____

6. Hat der Patient einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen?

ja nein

In welchem Lebensalter war dieser Unfall? _____

7. War der Patient schon einmal in Behandlung

eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

Mandeln entfernt Nasenscheidewand korrigiert

Polypen entfernt

8. Hat der Patient einen Sprachfehler? ja nein

9. Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten

(Schupfen, Angina, Bronchitis)? ja nein

11. Bestehen andere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wo? _____

13. Ist der Patient selbst an einer Gebissregulierung interessiert?

ja nein

14. Wann putzt der Patient die Zähne?

morgens mittags abends

15. Bestehen in der Familie ähnliche Gebissunregelmäßigkeiten?

ja nein

16. Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen?

Datum _____

17. Ist das Lippenbändchen bereits entfernt worden? ja nein

18. Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja nein

Wenn ja, welches? _____

19. Welche Sportarten treibt der Patient?

20. Bestehen sonstige zahnmedizinische Probleme? (z.B. Kiefergelenk-Knacken, Knirschen, Mundöffnungsprobleme)?

ja nein Wenn ja, welche? _____

21. Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Datum _____

Unterschrift (bitte mit Vor- und Zunamen) _____