



Patientenfragebogen Ihres Kindes

Patient: _____ geb.: _____

Wohnadresse: _____

Datum der Anamnese: _____

Überweisung durch: Hauszahnarzt _____ selbst

1. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Nein Ja Wann? _____
2. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? Nein Ja _____
3. Ist Ihnen bekannt, ob Milchzähne oder bleibende Zähne zu früh oder zu spät durchgebrochen sind? Nein Ja _____
4. Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall und sind hierbei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt worden oder verloren gegangen? Nein Ja, im _____ Lebensjahr
5. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind z.B.: Rachitis, Kinderkrankheiten? _____
6. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten z.B.: Hepatitis, Tuberkulose, HIV oder andere? Nein Ja _____
7. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche? _____
8. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja _____
9. Gab es größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren? Nein Ja Wann? _____
10. Ist Ihr Kind seit längerem in ärztlicher Behandlung? Nein Ja
Seit Wann? _____

Wegen _____

11. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja _____

12. Bestehen Kiefergelenkserkrankungen oder -beschwerden? Nein Ja.

Wenn ja, wo? rechts links beidseitig
Welcher Art? Knacken Reiben Schmerzen

13. War Ihr Kind bereits einmal in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Nein Ja

Wenn ja, Entfernung der Polypen, wann? _____
 Entfernung der Mandeln, wann? _____
 Sonstiges _____

14. Atmet Ihr Kind normalerweise durch den Mund? durch die Nase? Nasenatmung erschwert? Schnarchen?

15. Knirscht Ihr Kind nachts? Nein Ja

16. Welche Schlafposition nimmt Ihr Kind am häufigsten ein? Rückenlage Bauchlage Seitenlage

17. Bestehen Angewohnheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?
 Lippenbeißen Wangenbeißen Nägelbeißen Zungenpressen
 anomales Schlucken

18. Hat Ihr Kind gelutscht? (Schnuller o.ä.) Nein Ja

Wenn ja, wie lange?
 bis zum 1. Lebensjahr bis zum 3. Lebensjahr bis zum 5. Lebensjahr
 lutscht immer noch

Wo? Daumen Finger Nuckel
Wann? nur beim Einschlafen auch am Tage

19. Bestehen oder bestanden Sprachfehler? Nein Ja _____

Wenn ja, war Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden? Nein Ja

Wie lange war der Sprechunterricht? _____

20. Wann / wo wurde das letzte Röntgenbild vom Kopf oder der Hand angefertigt? _____

21. Bei Mädchen im gebärfähigem Alter, liegt eine Schwangerschaft vor? Nein Ja _____

Vielen Dank.