



Gesundheitsbogen

Patientenname: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon: Handy: Email:

Krankenkasse: Geschäftsstelle: Versichert mit:

Zahnarzt:
 freiwillig versichert
 pflichtversichert

Mutter:

Vater:

Name: Vorname: Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsdatum:

Strasse: Strasse:

PLZ: Ort: PLZ: Ort:

Telefon: Handy: Telefon: Handy:

Beruf: Arbeitgeber: Beruf: Arbeitgeber:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Sie können so die für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und dabei helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

- A** Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissunregelmäßigkeiten? nein
wenn ja, welche?.....
war ein / beide Elternteil(e) früher in kieferorthopädischer Behandlung? ja

- B1.** Besonderheiten während der **Schwangerschaft**? keine
(Krankheiten - Ernährungsstörungen - Unfälle - Medikamente)
.....

- 2.** Besonderheiten bei der **Geburt**? keine
wenn ja, welche?.....
Fehlbildungen:

3. Säuglingszeit:

Ernährung: Monate gestillt, Monate Flasche
Vitamin D (z. B. Vigantolekten)
Fluoretten (oder andere Fluoridtabl.) wie lange?

Laufen gelernt mit Monaten

4. Wann kamen die ersten **Milchzähne**?

vor dem 6. Lebensmonat zwischen dem 6. und 8. Monat. nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten **bleibenden** Schneidezähne?

vor dem 6. Lebensjahr im 6. bis 7. Lebensjahr im 8. Lebensjahr oder später



5. Größere **chirurgische Eingriffe** oder **Unfälle** in den letzten Jahren? keine
 welche?.....
 wann?..... wo behandelt?
- Gingen bei einem Unfall Milchschneidezähne verloren oder wurden bleibende Zähne beschädigt
 wenn ja, welche?
- Erfolgten bei chirurgischen Eingriffen bzw. Unfällen Bluttransfusionen?
 wann? wo?
6. Bestehen **Allergien**? keine
 Nickel Chrom Pollen/Gräser Latex/Gummi sonstige:
- gegen Medikamente Allergiepass vorhanden
7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? nein
 wenn ja, welche ?
8. Kinderkrankheiten/Krankheiten?
 Scharlach Röteln Diphtherie Masern Mumps Hirnhautentzündung
 Rachitis Lungenentzündung Asthma Heuschnupfen
 Mittelohrentzündung Hörprobleme häufige Erkältungen
 häufige Aphthen (Bläschen an der Mundschleimhaut) Herpes Epilepsie
 Diabetes Nierenerkrankung Rheuma Herzleiden Schilddrüsenerkrankung
 Ernährungsstörungen im Lebensjahr
- Wachstumsstörungen
- Haltungsschäden (z.B. Hohl-/Rund-/Flach-Rücken, X-/O-Beine, Knick-/Spreiz-/Plattfuß o.a.)
- Bestehen zurzeit **ansteckende Krankheiten** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV ...)? nein
 wenn ja, welche?
- Bestehen **Blutgerinnungsstörungen**? nein
 wenn ja, welche?.....
- Ist Ihr Kind seit längerem in **ärztlicher Behandlung**? nein
 wenn ja, weswegen?
9. Waren Sie mit Ihrem Kind bereits einmal bei einem **Hals-Nasen-Ohrenarzt**? nein
 Entfernung der Polypen wann? Entfernung der Mandeln wann?
- sonstige Behandlung: Beratung
10. Wie **atmet** Ihr Kind normalerweise?
 durch die Nase durch den Mund erschwerte Nasenatmung nächtliches Schnarchen
11. **Knirscht** Ihr Kind? nein
 nachts tagsüber
12. Bestanden oder bestehen **Erkrankungen der Kiefergelenke**? nein
 Probleme beim Kauen Schmerzen beim Kauen Muskelverspannungen im Kieferbereich
 Gelenkgeräusche (z.B. Knacken) häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen
13. Treibt Ihr Kind eine **Sportart** intensiv? welche/wie oft ?
- Spielt Ihr Kind ein **Instrument**? welches?



- 14. Hat Ihr Kind gelutscht?** nein
 Daumen Finger Nuckel Bettzipfel Sonstiges:
 Nur im 1. Lebensjahr bis zum 3. Jahr bis zum 5. Jahr noch
 Nägelbeißen
- 15. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?** nein
 wenn ja, wann? von wem?
- 16. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:**
 Verbesserung der Kaufunktion der Sprache des Aussehens
 Vorbeugung von Karies und Parodontose sonstige Gründe:
 Geschwister sind bzw. waren in kieferorthopädischer Behandlung sind waren nein
 Überweisung erfolgte durch:
 Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung/Behandlung:
- 17. Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?** nein
 wenn ja, wann? von bis
 durch wen? (Praxis)
 (Anschrift)
 Erfolgte diese Behandlung mit **herausnehmbaren** oder mit **festsetzenden** Apparaturen?
 Wurden im Rahmen dieser Behandlung bleibende Zähne **entfernt**? ja
 Wurde diese Behandlung **regulär abgeschlossen** oder **abgebrochen**?
 Wenn diese Behandlung **abgebrochen** wurde, aus welchen Gründen geschah dies?

- Falls sich Unterlagen der Vorbehandlung (Modelle, Röntgenbilder, Behandlungsplan etc.) in Ihrem Besitz befinden, bringen Sie diese bitte zur Beratung/Behandlungsplanung mit.**
 Eine kieferorthopädische Behandlung dauert in der Regel mehrere Jahre.
 Werden Sie in den nächsten Jahren im Einzugsbereich von Dinkelsbühl wohnen bleiben
 oder ist ein Umzug geplant? wann?
 Kann eine regelmäßige Kontrolle (alle 4-6 Wochen) sichergestellt werden? ja nein
- 18. Ist Ihr Kind selbst an einer Zahnregulierung interessiert?** ja weniger nein
- 19. Putzt Ihr Kind unaufgefordert regelmäßig die Zähne?** ja meistens nein
- 20. Besuchte Schule:**
- 21. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:** Internet Auskunft Bekannte Überweiser

➔ Im Rahmen der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenbilder des Schädels und des Gebisses (bei wachsenden Patienten evtl. auch der Hand) unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Aus diesen Gründen sollten Sie uns davon informieren, wenn in den vergangenen Monaten bei Ihrem Arzt oder Zahnarzt Röntgenaufnahmen des Kopfes oder der Zähne hergestellt wurden. Wenn diese Bilder für die aktuelle kieferorthopädische Diagnostik zu verwenden sind, kann auf erneute Aufnahmen ganz oder teilweise verzichtet werden.

Datum: Unterschrift des Erziehungsberechtigten: