

Dr. Monika Dölger-Häfner
Kieferorthopädin
Lönsstr. 4
97469 Gochsheim

Patient:

Name : Vorname : geb.:

Versicherter:

Name : Vorname : geb.:

Anschrift : (Straße).....

PLZ Ort

Telefon (priv.) Telefon (mobil)

Arbeitgeber :

Versicherung / Krankenkasse:

Hauszahnarzt : Hausarzt:

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie den folgenden Bogen auszufüllen. Hat oder hat der Patient folgende Krankheiten?

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes/ Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose TBC | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung Hämophilie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> ADHS-Syndrom | <input type="checkbox"/> Ekzeme |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelenk- und Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Wachstumsstörungen | <input type="checkbox"/> Aphthen |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten | | | |

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?

- ja, wegen nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente, Metalle, Kunststoffe, Farbstoffe, Desinfektionsmittel oder andere Stoffe?

- ja, gegen nein

Allergiepass? ja nein

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenuntersuchungen oder andere bildgebende Verfahren durchgeführt?

- Röntgen** der Zähne der Kiefer des Kopfes Sonstige: nein
- ja: **anderes Verfahren** (z. B. CT, MRT, DVT, Sonographie etc.) nein

1. Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien?

Wenn ja, welche ?

War ein/beide Elternteil(e) früher in kieferorthopädischer Behandlung? ja () nein ()

2. Besonderheiten während der Schwangerschaft ?

(Krankheiten - Ernährungsstörungen - Unfälle - Medikamente)

Fluoretten (oder andere Fluoridtabl.) () ja, wie lange? () nein

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?

6. War Ihr Kind bereits einmal bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? () nein
() wenn ja

Entfernung der Polypen() wann? Entfernung der Mandeln() wann?
sonstige Behandlung: Beratung ()

7. Atmet Ihr Kind normalerweise durch die Nase () durch den Mund ()
erschwerter Nasenatmung () Schnarcht Ihr Kind nachts ()

8. Knirscht Ihr Kind ? nachts () tagsüber() nein ()

9. Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke? ja() nein()

10. Treibt Ihr Kind eine Sportart intensiv? ja () Welche?

Spielt Ihr Kind ein Instrument? ja () Welches?

11. Hat Ihr Kind gelutscht ? ja () nein ()

Daumen () Schnuller () Sonstiges....., wenn ja, wie lange?

12. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?

nein () ja () wann ? von wem ?

13. 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 ja () nein ()

Überweisung erfolgte durch :

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung / Behandlung:

14. Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung durchgeführt? nein () ja ()

wann

durch wen ? (Praxis)

..... (Anschrift)

Erfolgte diese Behandlung mit herausnehmbaren() oder mit festsitzenden () Zahnsparangen?

Wurde diese Behandlung regulär abgeschlossen() oder abgebrochen() ?

Kann eine regelmäßige Kontrolle (alle 4- 6 Wochen) sichergestellt werden ? ja () nein ()

15. Besuchte Schule

Putzt das Kind unaufgefordert täglich die Zähne? ja() meistens () nein ()

16. Nimmt Ihr Kind beim Hauszahnarzt an der Individualprophylaxe teil? ja () nein ()

Verwendet Ihr Kind bereits Fluoridpräparate? ja () welche..... () nein

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ich bestätige hiermit, ggf. stellvertretend für die Erziehungsberechtigten sowie die/ den Versicherten, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift Eltern, Patient oder Stellvertreter