



DR. SONJA MÜNCH
ZAHNÄRZTINNEN
DR. ROSWITHA GRAF

GESUNDHEITSSBOGEN - KIEFERORTHOPÄDIE -

▷

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

1. Sind Sie bzw. Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten/behandelt worden?
 Nein Ja, bei wem:
Die Behandlung ist: erfolgreich abgeschlossen abgebrochen noch nicht beendet

2. Erfolgt die Anmeldung aufgrund einer Empfehlung?
Nein, aus eigener Initiative Internet Telefonbuch / Branchenbuch Sonstiges
Ja, des Zahnarztes / der Zahnärztin (Name)
 von einem unserer Patienten (Name)
 sonstige (Name)

3. Bei welchem Zahnarzt / Zahnärztin ist der Patient / die Patientin **regelmäßig** in Behandlung?
Name: Anschrift:

4. Sind Geschwister des Patienten bereits kieferorthopädisch behandelt worden?
 Nein Ja

5. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?
 Nein Ja

6. Sind die Eltern des Patienten früher kieferorthopädisch behandelt worden?
 Nein Ja

7. Sind erbliche Zahn-/Kieferfehlstellungen in der Familie des Patienten bekannt?
 Nein Ja Rücklage des Unterkiefers Vorbiss des Unterkiefers
 Platzmangel Nichtanlage von Zähnen
 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

8. Bestehen oder bestanden Sprachfehler?
 Nein Ja

9. War der Patient bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden?
 Nein Ja Name / Anschrift:

10. Hat oder hatte der Patient Lutschgewohnheiten?
 Nein Ja lutscht noch Schnuller Daumen Finger
 Nägelbeißen Lippenbeißen Tücher Stifte
 vom bis Lebensjahr

11. Wann kamen die ersten Milchzähne?
 zwischen dem 6. und 7. Monat
 nach dem 8. Monat

12. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?
 vor dem 6. Lebensjahr
 bis 7. Lebensjahr
 nach dem 7. Lebensjahr

13. Gab es Unfälle im Kopfbereich (Schädel- o. Kieferbruch, Zahnverlust durch Sturz, o. ä.)?
 Nein Ja
14. Sind bei einem Unfall Milchschneidezähne verloren gegangen oder bleibende Zähne beschädigt worden?
 Nein Ja, im Lebensjahr
15. Hat der Patient Kiefergelenkbeschwerden
 Nein Ja Schmerzen Kiefergelenkknacken / Geräusche
 rechts links beidseits
16. Knirscht der Patient gelegentlich mit den Zähnen?
 Nein Ja
17. Befindet oder befand sich der Patient in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung?
 Nein Ja Name / Anschrift des Therapeuten :
18. Bekommt der Patient bei zahnärztlichen Abdrücken verstärkten Würgereiz?
 Nein Ja
19. Atmet der Patient mehr
 durch die Nase durch den Mund
20. Ist die Nasenatmung erschwert
 Nein Ja
21. War oder ist der Patient bei einem Hals-Nasen-Ohren Arzt in Behandlung?
 Nein Ja „Polypen“ wurden entfernt Mandeln wurden entfernt
22. Hat oder hatte der Patient eine der folgenden Erkrankungen?
 Nein Ja Zuckerkrankheit(Diabetes) Asthma bronchiale AIDS/HIV
 Penicillinüberempfindlichkeit chronische Bronchitis Tuberkulose
 Rheumatische Erkrankungen Rachitis Ekzeme Hepatitis/Gelbsucht
 Epilepsie Ekzeme
 Blutungsneigung (Hämophilie)
 andere:
23. Bestehende Allergien (Nickel, Aromen)?
 Nein Ja, gegen
24. Nimmt der Patient Medikamente?
 Nein Ja Welche
25. Besteht eine Schwangerschaft?
 Nein Ja

Ich erkläre hiermit, ggf. stellvertretend für die Erziehungsberechtigten, sowie die / den Versicherten, mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen Diagnostik bei mir / dem o.g. Kind.

.....
Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Wichtiger Hinweis:

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, arbeiten wir mit einem Bestellsystem. Deshalb bitten wir Sie Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder, wenn Sie verhindert sein sollten, spätestens am Vortag den Termin abzusagen.