



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. SONJA MÜNCH  
UND KOLLEGEN

## 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.