

Kieferorthopädischer Fragebogen

ja nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1. Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Weswegen _____
2. Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente regelmäßig ein? Welche?

3. Ist jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament aufgetreten?
4. Besteht eine Allergie gegen irgendetwas? Gegen was? _____
5. Bestehen irgendwelche andere medizinische Probleme, von denen ich wissen sollte?
Beschreiben Sie! _____
6. Waren Sie wegen einer der folgenden Krankheiten in ärztlicher Behandlung?
Zutreffendes bitte unterstreichen!
Diabetes, Gelenkrheumatismus, Glaukom, rheumatisches Fieber, Schuppenflechte,
Heuschnupfen, Asthma, Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Leber- oder
Nierenerkrankungen, Schilddrüsen- oder andere hormonelle Drüsenstörungen,
Bluthochdruck, nervösen oder stressbedingten Zuständen, Epilepsie
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Arztes: _____
7. Leiden Sie an einer Krankheit (z.B. Hepatitis, Aids), die auf dem Blutweg übertragen
werden kann?
8. Tragen Sie Kontaktlinsen?
9. Wurden Ihre Rachen- und Gaumenmandeln entfernt? Wenn ja, Wann? _____
10. Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Beschwerden im Verlauf der Wirbelsäule evtl.
ausstrahlend bis in den Beckenbereich oder die Beine?
An welcher Stelle? _____
Wie häufig? _____
11. Treten bei Ihnen öfters oder regelmäßig Knack- oder Reibgeräusche in den
Kiefergelenken auf?
12. Treten Schmerzen im Kiefer- Gesichtsbereich, vor den Ohren oder in den Gelenken
beim Kauen auf?
13. Haben Sie schon einmal ein vorübergehendes oder länger andauerndes Gefühl einer
Einschränkung der Mundöffnung und der Unterkieferbeweglichkeit gehabt?
14. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Verletzungen in Zahn-, Kiefer-, Kopf- oder
Nackenbereich? (Schleudertrauma usw.)
15. Knirschen Sie mit den Zähnen?
16. Hat Sie jemand aus Ihrer Nähe jemals darauf aufmerksam gemacht, dass Sie nachts mit
den Zähnen knirschen?
17. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Wenn ja, weswegen?
_____ Bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? _____
18. Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?
19. Waren Sie schon mal in kieferorthopädischer Behandlung? Wo?
_____ von _____ bis _____
20. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate
Name, Adresse und Telefonnummer des Hauszahnarztes _____
21. Wie oft putzen Sie täglich die Zähne? _____
22. Benutzen Sie täglich Zahnseide? _____
23. Benutzen Sie als zusätzliche Mundhygienemaßnahme regelmäßig eine Mund-
dusche?
24. Haben Sie eine private Zusatzversicherung, die nach Vorleistung der gesetzlichen
Krankenkasse zahnärztliche Leistungen abdeckt?
25. E-Mail Adresse: _____