

KIEFERORTHOPÄDISCHER FRAGEBOGEN

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

ja nein

1. Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Weswegen? _____
2. Nimmt Ihr Kind 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. Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? _____
7. War Ihr Kind wegen einer der folgenden Krankheiten in ärztlicher Behandlung? Zutreffendes bitte unterstreichen!
Diabetes, rheumatisches Fieber, **Schuppenflechte**, **Heuschnupfen**, **Asthma**, Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Leber- oder Nierenerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Epilepsie
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Arztes _____
8. Wurden bei Ihrem Kind Rachen- und Gaumenmandeln entfernt? Wenn ja, wann? _____
9. **Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche Beschwerden im Verlauf der Wirbelsäule evtl. ausstrahlend bis hinab zu den Beinen?**
10. **Wurde von ärztlicher Seite jemals eine Verformung der Wirbelsäule diagnostiziert?**
11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall mit Verletzungen im Zahn-, Kiefer-, Kopf- oder Nackenbereich?
12. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Wenn ja, weswegen? _____
Bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? _____
13. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Wo? _____ von _____ bis _____
14. Wurde Ihr Kind schon einmal mit einer herausnehmbaren Spange zur Zahnstellungskorrektur behandelt?
15. Hat Ihr Kind gelutscht (Daumen/Finger)? Bis wann? _____ Jahr/heute noch?
16. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate
Name, Adresse und Telefonnummer des Hauszahnarztes _____
17. Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne? _____
18. Benutzt es als zusätzliche Mundhygienemaßnahme regelmäßig eine Munddusche?
19. Haben Sie für Ihr Kind eine private Zusatzversicherung, die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zahnärztliche Leistungen abdeckt?
20. E-Mail Adresse: _____