



• Was ist Ihr Anliegen? .....

• Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten? Ja  Nein

• War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung/Behandlung? Ja  Nein

    Wenn ja, wann? ..... Wo? .....

• War/Ist ein Familienangehöriger bereits bei uns in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

    Wenn ja, Name.....

• War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung? Ja  Nein

    Wenn ja, warum, wann und wie lange? .....

• Geburtsverlauf des Kindes: normal  Komplikationen: .....

• Hat Ihr Kind gelutscht (z. B. Daumen)? Ja  Nein

    Wenn ja, was und wie lange? .....

• Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? .....

• Vorliegende Syndrome .....

• Wurden Rachenmandeln (Polypen) oder Gaumenmandeln bereits entfernt? Ja  Nein

• War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein

    Wenn ja, der Grund der Behandlung: .....

• Liegt in Ihrer Familie eine Neigung zu Parodontitis vor? Ja  Nein

• Liegt in Ihrer Familie eine kieferorthopädische Fehlstellung vor? Ja  Nein

• Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Ja  Nein  Welches? .....

• Übt Ihr Kind eine Sportart aus? Ja  Nein  Welche?.....

Allergien ..... Wurde i. d. letzten 6 Mon. geröntgt? Wenn ja, wo? .....

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herz-OP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporoseerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma/Arthritis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Creuzfeldt-Jakob-Krankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Raucher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gelbsucht/Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schnarcht Ihr Kind?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Brillenträger: Dioptriendifferenz.....	
Asthma/Lungenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen? Wie oft?.....	
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Atmung vorwiegend Nase <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/>	
Diabetes/Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige Krankheiten: _____	

Sollten Sie einen längeren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von Euro 50,- pro Stunde in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Mit der Verarbeitung bin ich einverstanden- auch, dass ich weiterhin in der Praxis mit dem vollen Namen aufgerufen werde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

FÜR EIN  
BEZAUBERENDES  
LÄCHELN

