

# FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN VORUNTERSUCHUNG

Name:..... Vorname..... Geburtsdatum.....  
 Straße:..... Hausnummer:..... PLZ:..... Ort:.....  
 Tel privat:..... Tel. Tagsüber:.....  
 Krankenkasse:.....  
 Hauszahnarzt:..... Hausarzt:.....

## B. Bestehen bei nahen Verwandten Gebissanomalien oder wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?

- Vater
- Mutter
- Brüder
- Schwester
- Andere:

## A. Beanstandungen am Kiefer und an den Zähnen

	leicht	mittel	ausgeprägt
1. Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Karies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zahnfleischerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 'Klick' Geräusche im Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Probleme beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Probleme beim Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Falscher Biss
- Schiefe Zähne
- Platzmangel
- unregelmäßig geformte Zähne
- Fehlende Zähne
- Tiefbiss
- Offener Biss
- Unterkiefer steht nach vorne
- Zähne stehen nach vorne
- Unterkiefer steht nach hinten
- Kleine Zähne
- Zahnlücken
- Sonstige:

## C. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche?

## D. Krankheiten

- Windpocken
- Scharlach
- Röteln
- Diphtherie
- Masern
- Mumps
- Hirnhautentzündung
- Rachitis
- Lungenentzündung
- Asthma
- Heuschnupfen
- Mittelohrentzündung
- Hörprobleme
- häufige Aphthen
- Epilepsie
- Diabetes
- Hepatitis
- HIV/Aids
- Tuberkulose
- Nierenerkrankung
- Rheuma
- Herzleiden
- Blutgerinnungsstörungen
- Sonstige:

## E. Bestehen Allergien?

- Nickel
  - Chrom
  - Pollen/Gräser
  - Latex/Gummi
  - gegen Medikamente
- welche?

## F. Knirscht ihr Kind?

- Nein
- Nachts
- Tagsüber

**G. Größere Chirurgische Eingriffe  
in den letzten Jahren?**

- Keine  
 Ja

Welche?  
wann?

Wo behandelt?

**H. Hatte Ihr Kind einen Unfall wobei**

- Milchfrontzähne verloren gingen?  
 Bleibende Frontzähne beschädigt sind?  
 Bleibende Frontzähne locker waren?  
 Bleibende Frontzähne zurückgesetzt wurden?

**I. War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?**

- Nein  
 Beratung  
 Polypen entfernt  
 Mandeln entfernt  
 Sonstige

**J. Atmet Ihr Kind normalerweise?**

- durch die Nase  
 durch den Mund  
 erschwerte Nasenatmung  
 Schnarcht nachts

**K. Hat Ihr Kind gelutscht?**

- Nein  
 Daumen  
 Finger  
 Schnuller  
 Bettzipfel

wie lange?

- Nur bis zum 1. Lebensjahr  
 Bis zum 3. Jahr  
 Bis zum 5. Jahr  
 Noch

**L. Wurde eine logopädische Behandlung  
(Sprachtherapie) bereits durchgeführt?**

- Nein  
 Ja

Wann?

Von wem?

**M. Spielt Ihr Kind ein Instrument?**

wenn ja, welches?

**N. Treibt Ihr Kind eine Sportart intensiv?**

wenn ja, welche?

**W. Hat Ihr Kind ein Lieblings-Haustier?**

wenn ja, wie heißt es?

**O. Wurde bereits eine kieferortho-  
pädische Behandlung durchgeführt?**

- Nein  
 Ja

Wann?

Durch wen?

Praxisanschrift:

**Verwendete Apparaturen:**

- Herausnehmbar  
 Festsitzend  
 Außenbogen

**P. Wurden bereits Bleibende Zähne  
Extrahiert?**

- Nein  
 Ja

Welche?

**Q. Schulleistungen:**

- Sehr gut  
 Gut  
 Zufriedenstellend  
 Ausreichend  
 Teilweise mangelhaft

**R. Hält das Kind Ordnung?**

- Gut  
 Durchschnittlich  
 Schlecht

**S. Putzt das Kind unaufgefordert  
regelmäßig die Zähne?**

- Ja  
 Meistens  
 Nein

**T. Ist das Kind an eine Zahnregulierung  
interessiert?**

- Ja  
 Weniger  
 Nein

**U. Das Kind lebt**

- bei den Großeltern  
 bei Pflegeeltern  
 in einem Heim  
 Eltern leben getrennt

**V. Haben wir noch etwas vergessen?  
Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?**