

Fragen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Sie können uns so helfen eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

Da kieferorthopädische Behandlungen in den meisten Fällen bei Kindern o. Jugendlichen durchgeführt werden, sind die Fragen auf Kinder o. Jugendliche bezogen formuliert. **Erwachsene werden gebeten, nur die Fragen 5-11 sowie 14+15 (sinngemäß) zu beantworten.**

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der strengen ärztlichen Schweigepflicht des gesamten Praxisteams. Sollten Sie Fragen zu diesem Bogen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name(Versicherte/er): _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon(privat): _____ Telefon (tagsüber): _____

Handy: _____ E-mail: _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung (Recall) per: Telefon Brief SMS E-mail?

(Mehrfachnennungen mögl.)

Beruf: _____ Arbeitgeber/Schule: _____

Krankenkasse: _____ Hauszahnarzt: _____

freiwillig versichert? Selbstzahler?

Aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis (Mehrfachnennungen möglich)?

- Störende Frontzahnstellung
- kann nicht richtig abbeißen
- kann nicht richtig kauen
- Probleme beim Sprechen
- Probleme beim Schlucken
- Kiefergelenksprobleme
- bleib. Zähne kommen außerhalb der Zahnreihe
- Überweisung

empfohlen von: _____ Sonstiges: _____

Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebißenanomalien? Ja Nein
(z.B. Überzahl, Nichtanlagen, Verlagerung, extrem tiefer o. offener Biß, umgekehrter Frontzahnüberbiß, Diastema, LKG, Syndrome)

Welche? _____

1. Besonderheiten während der **Schwangerschaft**? _____ • Keine
(Krankheiten, Ernährungsstörungen, Unfälle, Medikamente)

2. Besonderheiten bei der **Geburt**? _____ • Keine

3. Säuglingsernährung: _____ Monate gestillt, _____ Monate Flasche • Vitamin D • Fluoretten

4. Wann kamen die ersten **Milchzähne**?
vor dem 6. Lebensmonat • zwischen dem 6. und 8. Monat • nach dem 8. Monat •

Wann kamen die ersten **bleibenden** Schneidezähne?
vor dem 6. Lebensjahr • im 6. bis 7. Lebensjahr • im 8. Lebensjahr oder später •

5. Größere **chirurgische Eingriffe** oder **Unfälle** in den letzten Jahren? Ja Keine •
wenn ja, welche? _____

6. **Kinderkrankheiten / Krankheiten** ?

Scharlach • Röteln • Diphtherie • Masern • Mumps • Meningitis • Rachitis •
Lungenentzündung • Asthma • Heuschnupfen • häufige Erkältungen •
Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV.....) • _____

Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Ja • Nein •

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Ja • Nein •

7. Bestehen **Allergien**? _____ Nickel • Chrom • Kunststoffe • Keine •

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein ? Nein •
wenn ja, welche? _____
9. War Ihr Kind bereits einmal beim **Hals-Nasen-Ohrenarzt**? Nein •
Entfernung der Polypen • Entfernung der Mandeln • Beratung • _____
10. **Atmet** Ihr Kind normalerweise durch die Nase • den Mund • erschwerter Nasenatmung •
11. **Schnarcht •** oder knirscht • Ihr Kind nachts? Ja • Nein •
12. Hat Ihr Kind **gelutscht**? Ja • Nein •
Daumen • Finger • Nuckel •
Nur im 1. Lebensjahr • bis zum 3. Lebensjahr • bis zum 5. Lebensjahr • noch •
13. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine **logopädische Behandlung** (Sprechübungen) durchgeführt?
Ja • wann? _____ von wem? _____ Nein •
14. **Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?** Nein •
Wenn ja, wann? von _____ bis _____
durch wen? _____
Behandlung mit **herausnehmbaren •** oder mit **feststehenden •** Apparaturen?

Wurden im Rahmen dieser Behandlung **bleibende Zähne entfernt?** Ja • _____ Nein •
Ergebnis: **Abbruch •** warum? _____ **Abschluß •** **Umzug •**
15. Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopfbereich **geröntgt?** Ja • _____ Nein •

Hinweis für erwachsene Patientinnen: informieren Sie uns bitte im Falle einer **Schwangerschaft** vor einer geplanten Röntgenuntersuchung!

Datum, Unterschrift _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam

wird vom Behandler ausgefüllt!					
Dyskinesien / Habits:	Nägelbeißen •	Lippenbeißen •	Zungenpressen •	Sigmatismus •	visz. Schluckmuster •
Extra oral:	UK Mitte nach rechts • nach links •	Profil normal • konvex • konkav •	Lippen normal • rissig • operiert • Impressionen •	-treppe gerade • positiv • negativ •	-schluss komp. • pot.komp. • inkomp. • „gummy-smile“ •
Intra oral:	KG • Muskulatur •	Knacken •	Deviation •	Zwangsführung • _____	
OK: Front	MH • Karies •	Enkalkungen •	Gingiva •	Zunge _____	
OK: Front	labial •	eng •	Rotationen •	Diastema med. •	Infrapos. •
	steil •	lückig •	Kippungen •	alv. MLV: re. • li. •	Suprapos. •
SZB <u>Stütz.</u>:	erh. re. • li. •	Lücken re. • li. •	Mesialst. re. • li. •	transv.: breit •	vertikal Infrapos. •
	eingebr. re. • li. •	Engst. re. • li. •	Rotatio. re. • li. •	schmal •	Suprapos. •
UK: Front	labial •	eng •	Rotationen •	Diastema med. •	Infrapos. •
	steil •	lückig •	Kippungen •	alv. MLV: re. • li. •	Suprapos. •
SZB <u>Stütz.</u>:	erh. re. • li. •	Lücken re. • li. •	Mesialst. re. • li. •	transv.: breit •	vertikal Infrapos. •
	eingebr. re. • li. •	Engst. re. • li. •	Rotatio. re. • li. •	schmal •	Suprapos. •
Okkl.:	OJ _____ mm	re.: _____	Pb _____	li.: _____	Pb _____
	OB _____ mm	offen: frontal •	re. • li. •	pal.Einbiss •	Spee •
	Kreuzbiss re. • li. • _____	Nonokklusion re. • li. • _____			
KL III: Rückbiss in Kante/Kante möglich • / nicht möglich •					