

Beratungskarte Kinder



die kieferorthopäden
Dr. Birgit Rossochowicz & Matthias Wilhelm

Willkommen in unserer Praxis!

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für uns als Kieferorthopäden. Er verbleibt vertraulich in Ihrer Kartei. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen im Interesse Ihres Kindes.

(Vor)Name des Patienten	Geburtsdatum	Telefon / Mobil
Straße und Haus-Nr.	PLZ / Ort	
Name des Hauptversicherten	Geburtsdatum	E-Mail
Name der Begleitperson	Beruf / Arbeitgeber	
Krankenkasse / Versicherung		beihilfeberechtigt? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Behandelnder Zahnarzt	Wer hat uns empfohlen	

- a) Wann bekam Ihr Kind den ersten bleibenden Schneidezahn? _____
- b) Hatte Ihr Kind einen Unfall, wobei Milch- oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen?
ja nein
Wenn ja: in welchem Lebensjahr war der Unfall? _____
- c) War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes ja nein
Wenn ja: welche Behandlung wurde dort durchgeführt?
Mandeln entfernt; Polypen entfernt; Nasenscheidewand korrigiert; Sonstiges _____
In welchem Alter erfolgte die Behandlung? _____
- d) Atmet Ihr Kind im allgemeinen durch die Nase oder durch den Mund? _____
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? ja nein
- e) Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein
- f) Hat Ihr Kind gelutscht (Daumen, Schnuller, etc.)? ja nein
Wenn ja: bis zu welchem Alter? _____
- g) Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder sonstiges?
ja (bitte unterstreichen) nein
- h) Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Kind mit den Zähnen knirscht? ja nein
- i) Welche anderen Erkrankungen hat ihr Kind durchgemacht?
Rachitis, Darmerkrankungen, Kinderkrankheiten, Operationen, _____
- j) Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsteren oder länger andauernden Erkrankung, Allergien, etc.? ja nein
Wenn ja: an welchen? _____
- k) Ist Ihr Kind selbst an einer Gebißregulierung interessiert? ja nein
- l) Wann putzt Ihr Kind die Zähne? morgens mittags abends
- m) Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? ja nein
- n) Bestehen in Ihrer Familie ähnliche Gebißunregelmäßigkeiten? ja nein
- o) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen gemacht? Datum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten