



Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:

Fand schon einmal eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung statt? ja nein

Wann und bei welchem Arzt? _____

Was stört Sie an der Zahn- und Kieferstellung Ihres Kindes am meisten?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind?

- gerade ausgerichtete Zähne Vorbeugung von Karies und Parodontitis Beseitigung von Schmerzen
 Verbesserung der Kaufunktion ...des Aussehens ...des Sprechvermögens

Bestehen Kiefergelenkbeschwerden oder -knacken? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein

Welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind Erkrankungen des Bewegungsapparates festgestellt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie? _____

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was? _____

Wäre Ihr Kind in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht? Entfernung der Mandeln Entfernung der Polypen

Sonstiges: _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

Spielt Ihr Kind ein Holz- oder Blechblasinstrument? ja nein

Wenn ja, welches? _____

Betreibt Ihr Kind eine Sportart intensiv? ja nein

Welche? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ja nein

Bei welchem Arzt? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem? _____

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein

Welche und bei wem? _____