

Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon privat/dienstlich
Mobil-Nummer	E-Mail	
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> (pflichtversichert) <input type="checkbox"/> (freiwillig)	
Welche Geschäftsstelle ist für Sie zuständig?	bei Privatpatienten	<input type="checkbox"/> mit Beihilfe <input type="checkbox"/> ohne Beihilfe
Hat Ihr Kind einen Zahnarzt / Zahnärztin? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Ort: _____		
1. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Sind die Eltern früher kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Hat Ihr Kind noch Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Alter: _____
4. War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Wann kamen die ersten Milchzähne? _____		
7. Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne? _____		
8. Sind bei einem Unfall die Milchschnidezähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein im _____ Lebensjahr
9. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)	_____	
10. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	_____	
11. Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein gegen: _____
12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? folgende: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Atmet Ihr Kind mehr Ist die Nasenatmung erschwert?	<input type="checkbox"/> durch den Mund? <input type="checkbox"/> durch die Nase? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wucherungen/Polypen wurden entfernt <input type="checkbox"/> Mandeln wurden entfernt	
15. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16. Treten Kiefergelenkgeräusche (z.B. Knacken) auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17. Hat Ihr Kind gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> es lutscht noch <input type="checkbox"/> am Daumen <input type="checkbox"/> am Nuckel	
18. Was sollten wir noch wissen?	_____	

Datum / Unterschrift

Lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen.

Wir möchten Ihnen bzw.
Ihrem Kind eine bestmög-
liche medizinische Behand-
lung bieten. Deshalb bitten
wir Sie diesen Gesundheits-
fragebogen auszufüllen. Ihre
Angaben unterliegen der
ärztlichen Schweigepflicht.
Selbstverständlich beachten
wir die neue DSGVO.

Herzlichen Dank für Ihre
Mithilfe!

**Aus Gründen des
Daten- und
Persönlichkeitsschutzes
sind Foto-, Video- und
Tonaufnahmen in unserer
Praxis nicht gestattet!**

Dr. med. dent.
Birgit Zimprich

Dr. med. dent.
Wolfgang Zimprich

Kollwitzstraße 8
73728 Esslingen
Fon 0711 355491
praxis@dr-zimprich.de
www.dr-zimprich.de