

# Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Wohnort	Straße	Telefon privat/dienstlich
<hr/>		
Mobil-Nummer	E-Mail	
<hr/>		
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
<hr/>		
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> (pflichtversichert)	<input type="checkbox"/> (freiwillig)
<hr/>		
Welche Geschäftsstelle ist für Sie zuständig?	bei Privatpatienten	<input type="checkbox"/> mit Beihilfe <input type="checkbox"/> ohne Beihilfe
<hr/>		
Hat Ihr Kind einen Zahnarzt / Zahnärztin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name und Ort: _____
<hr/>		
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 Milchschneidezähne 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	folgende: _____	
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 bestmögliche medizinische Behandlung bieten. Deshalb bitten wir Sie diesen Gesundheitsfragebogen 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