

# 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	eMail Adressen	
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?	<input type="checkbox"/> zwischen dem 6. und 7. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat <input type="checkbox"/> vor dem 6. Lebensjahr <input type="checkbox"/> im 6. bis 7. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach dem 7. Lebensjahr	
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
12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	gegen: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein folgende: _____	
13. Atmet Ihr Kind mehr	<input type="checkbox"/> durch den Mund? <input type="checkbox"/> durch die Nase?	
Ist die Nasenatmung erschwert?	<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