

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		
7. Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne? <input type="checkbox"/> vor dem 6. Lebensjahr <input type="checkbox"/> im 6. bis 7. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach dem 7. Lebensjahr		
8. Sind bei einem Unfall die Milchsneidezähne 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