



Fragebogen an die Eltern (bzw. Erziehungsberechtigten) zur kieferorthopädischen Behandlung von (Patientenname):

.....

Je genauer Sie die folgenden Fragen beantworten, desto besser sind die Ursachen der Gebissunregelmäßigkeit bei Ihrem Kind zu erkennen; damit können erforderliche Heilungsmaßnahmen bzw. Regulierungsapparate auf die geeignetste Weise erstellt werden.

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an, unterstreichen Sie die entsprechenden Textteile oder schreiben Sie die passende Antwort auf die Linie.
Vielen Dank!

Wie viele Monate wurde Ihr Kind gestillt?

.....

Leidet es oft an Erkältungskrankheiten? ja nein

Hat Ihr Kind als Säugling Antibiotika (z.B. Penicillin) bekommen? ja nein

Wurden bei Ihrem Kind Allergien festgestellt? Allergietest? ja nein

In welchem Alter wurde Gehen gelernt?

.....

Mit wie viel Monaten kam der erste Milchzahn?

.....

Hat das Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind? ja nein





Im wievielten Lebensjahr war dieser Unfall?

.....

War das Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-, Nasen-Ohrenarztes? Warum?

ja nein

.....

Wann wurden die Mandeln entfernt? Lebensjahr?

ja nein

.....

Wann wurden die Polypen entfernt? Lebensjahr ?

ja nein

.....

Wann wurde die Nasenscheidewand korrigiert? Lebensjahr ?

ja nein

.....

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht ?

ja nein

Womit wurde gelutscht? Schnuller, Daumen, Bettzipfel?

.....

Bis zu welchem Alter?

.....

Wurde nur beim Einschlafen oder auch am Tage gelutscht?

.....

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägeln, Bleistiften?

.....

Knirscht Ihr Kind in der Nacht?

ja nein

Welche Kaugewohnheiten treffen für Ihr Kind zu ? Mahlen / Hacken / Kau-Faulheit?

.....





Hat das Kind einen Sprechfehler ? ja nein

Hat es einen Unterricht für Sprecherziehung besucht? ja nein

Sind Haltungsschäden vorhanden? ja nein

Hat es:
Rundrücken / Hohlrücken / Flachrücken / X-Beine / O- Bein / Knick-, Senk- oder Spreitzfüße?
Bitte betreffendes unterstreichen

Wurden diese Haltungsschäden durch ärztliche
(orthopädische) Maßnahmen behandelt? ja nein

Hat das Kind noch andere Krankheiten durchgemacht?
Rachitis / Darmkrankheiten / Brechdurchfälle /
Operationen / Kinderkrankheiten – *Bitte betreffendes unterstreichen*

Leidet es derzeit an einer ernsten oder länger dauernden
Erkrankung? Welche? ja nein

.....

Wie viele Schultage versäumt es krankheitshalber
durchschnittlich während des Schuljahres?

.....

Wie viele Geschwister hat das Kind?

.....

Wie viele Geschwister haben Gebissunregelmäßigkeiten?

.....

Hatte der Kindsvater Gebissunregekmäßigkeiten? ja nein

Körpergröße des Kindsvaters?

.....

Hatte die Kindsmutter Gebissunregelmäßigkeiten ? ja nein

Körpergröße der Kindsmutter?

.....





Körpergröße und aktuelles Gewicht des Kindes?

.....

Wo wohnt das Kind ?

.....

Besucht das Kind einen Hort ?

ja nein

Leben die Eltern gemeinsam oder getrennt oder sind geschieden?

.....

Welche Schule besucht das Kind?

.....

Wie sind die Schulleistungen?

Sehr gut / durchschnittlich / schlecht

Bitte betreffendes unterstreichen

Ist das Kind:

sehr ordnungsliebend / durchschnittlich ordnungsliebend / nicht ordnungsliebend?

Bitte betreffendes unterstreichen

Ist das Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert?

ja nein





Wer ist der Erziehungsberechtigte des Kindes?

.....

Wer ist für die Behandlung zahlungspflichtig?

.....

Welcher Krankenkasse gehört das Kind an?

.....

Ausgestellt von: Mutter, Vater, Erzieher oder

.....

Lahr, den

(Datum / Unterschrift)

