



Fragebogen zur Kieferorthopädischen Beratung

Name, Vorname (Patient)

Wer ist der/die behandelnde Hauszahnarzt/ärztin? _____

Dürfen wir der/dem Hauszahnärztin/arzt über die Befunde und ggf. den Therapieplan und -verlauf unterrichten? Ja Nein

Dürfen wir in unsere Praxis erstellte Röntgenbilder an die/den Hauszahnärztin/arzt weiterleiten? Ja Nein

Wann bekam Ihr Kind ca. seinen ersten Milchzahn? _____

Wann bekam Ihr Kind ca. seinen ersten bleibender Zahn? _____

Gehört Ihr Kind eher zu den „Großen“ oder „Kleinen“ seiner Altersgruppe? klein groß

Gab es eine sprachtherapeutische Vorbehandlung (Logopädie)? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Vorbehandlung? Ja Nein
Mundvorhofplatte Ja Nein
Klammer Ja Nein

Sind oder waren bereits Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Gibt es bereits Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle)? Ja Nein

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen Ja Nein

Gebrauch des Schnullers Ja Nein

Lispeln Ja Nein

Dauerhaft offener Mund / Mundatmung Ja Nein

Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein

Zungen- oder Wangenpressen Ja Nein

Lippenbeißen Ja Nein