

KIEFERORTHOPÄDISCHER FRAGEBOGEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Klassenstufe:

Körpergrösse: cm

Namen der Geschwister und deren Alter:

Hauszahnarzt (Schuluntersuch):

Was stört Sie an Ihrer Zahnstellung/der Zahnstellung Ihres Kindes:

Wurde bisher eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Nein Ja

Bestehen vererbte Zahn- und Kieferanomalien (Eltern, Verwandte): Nein Ja

Sind oder waren Geschwister in Kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Wie bezeichnen Sie den allgemeinen Gesundheitszustand? gut +/- schlecht

Ist der Patient jetzt oder regelmässig in ärztlicher Behandlung? Nein Ja
Wenn ja, warum?

Hat der Patient schwere Krankheiten durchgemacht? Nein Ja
Wenn ja, welche?

Gab es Unfälle im Kiefer- und/oder Zahnbereich? Nein Ja
Was?

Atmet der Patient vorwiegend durch die Nase oder den Mund? Nase Mund

Wurden die Mandeln operiert? Nein Ja
Wenn ja, wann?

Leidet der Patient häufig an Anginen, Heuschnupfen oder Asthma? Nein Ja

Hat der Patient Schlafprobleme? Nein Ja

Wird gelutscht? (Daumen/Finger/Nuggi/auch ab und zu noch)? Nein Ja

Wird oder wurde ein Sprachheilunterricht besucht? Nein Ja

Besucht Ihr Kind eine Sonderschule? Nein Ja

Wird mehr als 15 Min./Tag ein Blasinstrument gespielt? Nein Ja

Müssen wir während der Behandlung auf etwas Besonderes Rücksicht nehmen?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie helfen uns, bestehende Probleme richtig zu erfassen und die entsprechenden therapeutischen Schritte für Sie/Ihr Kind einzuleiten.

Freundliche Grüsse

Dr. med. dent. Hilde Saxer
Dr. med. dent. Marcel Frei