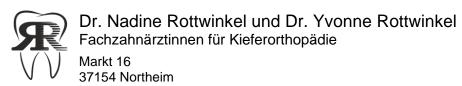




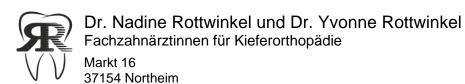
## **ERFASSUNGSBOGEN**

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten		
Vorname	Geb.datum	Vorname	Geb.datum	
Straße, Nr.		Arbeitgeber		
PLZ, Ort		Mutter / Vater des Kindes	Geb.datum	
Telefon	Mobil	Arbeitgeber		
Zahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung		
Krankenkasse		E-Mail		
I. Allgemeinanai 01. Warum kommen Sie		rund:	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
01. Warum kommen Sie 02. War der Patient <i>früh</i>	in meine Praxis ? G er schon in kieferorthopäc	rund: discher Behandlung ?		
- wenn ja, bei w	em/wo: Dr	in		
03. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung ?  - wenn ja, bei wem / wo: Dr in				
04. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt ? - wenn nein, bitte Grund angeben:				
05. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung ?  - wenn ja, seit wann:				
06. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich ?				
II. Familienanam	nnese			
07. Hat oder hatte ein E  Mutter:  Vater:	lternteil Gebissunregelmäl	ßigkeiten?		



2 05551 - 9880998∃ 05551 - 9887973⋈ praxis@kfo-rottwinkel.de

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
08. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten ?		
☐ Bruder: ☐ Schwester:  09. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten ?		
☐ Großeltern: ☐ Tanten / Onkels: ☐ Cousinen / Cousins:		
Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?  - wenn ja, welcher Zähne:		
III. Patientenanamnese		
11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?		
- wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis Herzleiden Epilepsie Sonstige:		
12. Nimmt der Patient Medikamente ein ?		
13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ?		
<ul> <li>☐ Asthma</li> <li>☐ Häufige Erkältungen</li> <li>☐ Mundatmung</li> <li>☐ Schnarchen</li> <li>☐ Seit wann:</li> <li>☐ Seit wann:</li> </ul>		
14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ?		
wenn ja, wogegen:		
15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?		
☐ Gaumenmandeln wann:   ☐ Rachenmandel ("Polypen") wann:   ☐ Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann:   ☐ Nasenscheidewand wann:		
16. Wie wurde der Patient als Baby / Kleinkind ernährt ?		
<ul><li>☐ Gestillt bis:</li><li>☐ Flaschennahrung ab:</li><li>☐ Feste Nahrung ab:</li><li>☐ Monat</li><li>☐ Monat</li><li>☐ Monat</li></ul>		
17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? Monat		
18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ?		
□ Daumen ca. bis Jahre   □ Finger ca. bis Jahre   □ Schnuller ca. bis Jahre   □ Sonstiges: ca. bis Jahre		
19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ?		
□ Lippenbeißen □ Lippensaugen □ Lippenlecken   □ Nägelkauen □ Bleistiftkauen □ Sonstiges:		
20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler ?		
<ul> <li>- wenn ja, wann und wie lange: Monate / Jahre</li> <li>- wenn ja, welche Art von Störung</li> <li>- wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt ?</li> </ul>		
wardo omo logopadioono bonandang (opraoministaple) dalongelanit :	ш	ш



<b>*</b>	05551 - 9880998
	05551 - 9887973
$\bowtie$	praxis@kfo-rottwinkel.de

21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?		
- wenn ja, wann: - wenn ja, mit Zahnverletzungen □		
- wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen ?		
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen ?		
23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden ?		
24. Welche Hobbys hat der Patient ?		
Sportarten:  Musikinstrumente: Sonstiges:		
25. Was stört Sie an Ihrer Zahn- oder Kieferstellung?		
Ich gebe hiermit, ggf. stellvertretend für den Erziehungsberechtigten, sowie die / den Vers Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen Diagnostik bei Kind.	icherter mir/ de	n, mein em o.g.
Northeim, den (Datum & Unterschrift des Pat./Erziehungsberechtigten	 )	

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben