

**Kieferorthopädische Anamnese bei Kindern – Fragebogen für die Eltern**

Name (Kind): ..... Vorname (Kind): .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich

Mutter: ..... Vater: .....

Strasse, Nr: ..... PLZ / Ort: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Mobil: .....

E-Mail: ..... Telefon Geschäft: .....

Rechnungsadr.:  wie oben  andere: .....

Allg.-Zahnarzt: ..... Praxis in: .....

Überweisung:  von selbst  durch Allg.-Zahnarzt  empfohlen von .....

Versicherung für Kieferorthopädie?  Nein  Ja, .....

Werden Sie Sozialbeiträge für die Behandlung beantragen?  Nein  Ja, .....

**Behandlungswunsch**

Abklärung Behandlungsnotwendigkeit: .....

Zahn- / Kieferfehlstellung: .....

sonstiges: .....

Bitte haben Sie Verständnis, dass in der 1. Sitzung noch nicht definitiv über die Behandlungsmöglichkeiten und Kosten informiert werden kann. Durch spätere Unterlagen (Gipsmodelle, Röntgenbilder) und durch die detaillierte Planung können sich noch Änderungen ergeben, die dann in einer separaten Sitzung mit Ihnen besprochen werden.

**Allgemein- und zahnmedizinische Fragen**

Hat/hatte Ihr Kind eine ernsthafte Erkrankung?  Nein  Ja, .....

War es in letzter Zeit krank oder in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja, .....

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente?  Nein  Ja, .....

Bestehen Allergien (z.B. Medikamente, Latex, Spritzen)?  Nein  Ja, .....

Unfälle/Operationen im Kopfbereich?  Nein  Ja, .....

Probleme mit den Kiefergelenken?  Nein  Ja, .....

Atmet es häufig durch den Mund?  Nein  Ja, .....

Probleme mit den Rachen- oder Gaumenmandeln?  Nein  Ja, .....

Hat Ihr Kind mit dem Nuggi oder dem Daumen gelutscht?  Nein  Ja, es hat mit ..... Jahren aufgehört  Ja, bis heute

Hat Ihr Kind Sprechfehler? Logopädie?  Nein  Ja, .....

Schnarcht es in der Nacht?  Nein  Ja, .....

Mussten schon Zähne gezogen werden?  Nein  Ja, .....

Frühere kieferorthopädische Behandlung?  Nein  Ja, .....

Bestehen Biss- oder Zahnfehlstellungen in Ihrer Familie?  Nein  Ja, .....

Sonstige Bemerkungen: .....

**Einschätzung der Kooperationsbereitschaft**

Kommt der Behandlungswunsch auch vom Kind aus?  stark  mässig  eher nicht

Wie gut wird Ihr Kind bei der Behandlung mithelfen?  gewissenhaft  durchschnittlich  eher unwillig  
(z.B. gründliches Zähneputzen, Tragen von herausnehmbaren Spangen)

Ich erteile mein Einverständnis, dass Daten für die Rechnungsstellung und das Inkasso an die hierfür beauftragten Institutionen weitergeleitet werden können und dass Patientendaten an Überweiser, Ärzte, Versicherungen oder andere Institutionen geschickt werden dürfen.

Datum: ..... Unterschrift: .....