

# Kieferorthopädischer Fragebogen



dr. susanne  
güntzer

praxis für kieferorthopädie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

1. Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung?

ja ☐ nein ☐

Vorname(n): \_\_\_\_\_

2. Wurde der Patient bereits kieferorthopädisch beraten?

ja ☐ nein ☐ bzw. vorbehandelt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

3. Hat der Patient an den Daumen gelutscht? ja ☐ nein ☐

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

4. Atmet der Patient im allgemeinen durch die Nase

oder durch den Mund? ja ☐ nein ☐

Schläft er mit offenem Mund? ja ☐ nein ☐

5. Ist bekannt, ob der Patient eine Zahnunter-/überzahl hat?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Zähne? \_\_\_\_\_

6. Hat der Patient einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne  
oder bleibende Zähne beschädigt wurden

oder verloren gingen?

ja ☐ nein ☐

In welchem Lebensalter war dieser Unfall? \_\_\_\_\_

7. War der Patient schon einmal in Behandlung eines Hals-

Nasen-Ohrenarztes? ja ☐ nein ☐

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

Nasenscheidewand korrigiert ☐

Mandeln entfernt ☐ Polypen entfernt ☐

8. Hat der Patient einen Sprachfehler? ja ☐ nein ☐

9. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten

(Schnupfen, Angina, Bronchitis)? ja ☐ nein ☐

10. Ist der Patient selbst an einer Gebissregulierung interessiert?

ja ☐ nein ☐

11. Wann putzt der Patient die Zähne?

morgens ☐ mittags ☐ abends ☐

12. Bestehen in der Familie ähnliche Gebissunregelmäßigkeiten?

ja ☐ nein ☐

13. Ist das Lippenbändchen bereits entfernt worden?

ja ☐ nein ☐

14. Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

15. Welche Sportarten treibt der Patient?

\_\_\_\_\_

16. Bestehen sonstige zahnmedizinische Probleme?

(z.B. Kiefergelenk-Knacken, Knirschen, Mundöffnungsprobleme)?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

17. Grund des Besuches: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





18. Wann war der letzte Zahnarztbesuch des Patienten?

Datum \_\_\_\_\_

19. Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen des Patienten vorgenommen?

Datum \_\_\_\_\_

20. Besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐

21. Raucht der Patient? ja ☐ nein ☐

22. Nimmt der Patient Medikamente zur Blutverdünnung (ASS, Marcumar...)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

23. Nimmt der Patient sonstige Medikamente? ja ☐ nein ☐

24. Hat der Patient Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ja ☐ nein ☐

25. Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

26. Bestehen andere Erkrankungen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

27. Bestehen Allergien? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

28. Besteht eine Unverträglichkeit bestimmter Medikamente (z.B. Penicillin-Allergie)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

29. Hat der Patient Diabetes? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

30. Bestehen Atemwegserkrankungen (Asthma, chron. Bronchitis)?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

31. Sind Blutgerinnungsstörungen oder sonst. Bluterkrankungen bekannt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

32. Leidet der Patient an Erkrankungen des Herzens (Infarkt, Schrittmacher, Herzklappenfehler)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

33. Besteht bei dem Patienten erhöhter oder niedriger Blutdruck?

erhöhter Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck ☐ nein ☐

34. Sind bei dem Patient Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) bekannt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

35. Bestehen bei dem Patienten Vorerkrankungen durch Krebsleiden oder Tumore? ja ☐ nein ☐

36. Hat der Patient sich aktuell oder in der Vergangenheit einer Behandlung mit Bisphosphonaten unterzogen? ja ☐ nein ☐

37. Hat der Patient Rheuma? ja ☐ nein ☐

38. Hat der Patient ADHS? ja ☐ nein ☐

40. Bestehen bei dem Patienten Anfallsleiden (Epilepsie)? ja ☐ nein ☐

41. Besteht bei dem Patienten eine Erkrankung der Schilddrüse? ja ☐ nein ☐

42. Bestehen sonstige Erkrankungen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben, diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. Paragraph 203StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Um Doppeldiagnostik zu vermeiden, bin ich einverstanden, dass ggf. diagnostische Unterlagen und Röntgenbilder, DVT an unsere Partnerpraxis und/oder Überweiser weitergegeben werden. Ich werde Änderungen meiner Angaben zeitnah mitteilen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter (Vor- und Zuname) \_\_\_\_\_