

Bestanden oder bestehen Angewohnheiten:

- Lutschen : Ja Nein
 Daumen? Bettzipfel? Schnuller?
 Bis zu welchem Lebensjahr? _____
 Zähneknirschen Lippenbeißen
 Zungenpressen Schnarchen
 Mundatmung tags nachts

Wurde schon mal eine Zahnspange getragen?

- Vom Patenten Ja Nein
 Von Geschwistern Ja Nein

Sind innerhalb des letzten Jahres von einem anderen Zahnarzt oder Kieferorthopäden Röntgenbilder angefertigt worden?

- Ja Nein

Unfälle im Kiefer-/Gesichtsbereich:

Wann? _____
 Welche Verletzungen? _____

Bestehen oder bestanden

- Kiefergelenkschmerzen?** Ja Nein
 rechts links
 seit wann? _____

Knackt das Kiefergelenk? Ja Nein

- rechts links
 seit wann? _____

Wo wohnt das Kind:

- im Elternhaus bei Verwandten im Internat

Größenangaben:

Kind _____ Mutter _____ Vater _____

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meine Angaben. Veränderungen teile ich dem behandelnden Kieferorthopäden umgehend mit. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind Röntgenbilder im medizinisch notwendigen Umfang angefertigt werden. Die Behandlungsgeräte bleiben Eigentum des Kieferorthopäden.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient bzw. bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte*)

*) Bei Unterschrift von nur einem Elternteil wird von diesem versichert, dass beide Elternteile einer kieferorthopädischen Behandlung zustimmen.

Diagnose (wird vom Kieferorthopäden ausgefüllt)

Kürzel:

Gesprochen mit: Patient Mutter Vater

Engstand OK-Front UK-Front

Protrusion OK-Front UK-Front **Retrusion** OK-Front UK-Front

Kreuzbiss re li **bukkale Nonokklusion** _____

mandibuläre Mitterverschiebung rechts links

NBL _____ DBL _____ MBL _____

Overjet (mm) **Overbite** (mm) **Tiefbiss** **frontal offener Biss** **seitl. offener Biss**

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Notizen: