Anmeldebogen (Kind)
zur kieferorthopädischen Behandlung

erlecke zahnmedizin kieferorthopädie

Patient

Name/Vorname des Patienten: _____ Geburtstag/Ort: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

Krankenkasse _____

gesetzlich versichert O ja O nein privat versichert O ja O nein Basistarif O ja O nein
Zusatzversicherung O ja O nein beihilfeberechtigt O ja O nein

Versicherter

Name/Vorname des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Anlass der kieferorthopädischen Behandlung

- ☐ Überweisung durch einen Zahn- oder Schulzahnarzt
- ☐ Auf Wunsch von Mutter/Vater/Patient
- ☐ Aus ästhetischen Gründen

	ja	nein
Wurden Sie bereits anderenorts kieferorthopädisch beraten?	☐	☐
Erfolgte bereits anderenorts eine kieferorthopädische Behandlung?	☐	☐
Wurden bereits Zahnmodelle, Röntgenbilder oder ähnliches erstellt?	☐	☐

Wenn ja, bitte Name/Anschrift des behandelnden Arztes:_____

_____

Allgemeine Gesundheitsangaben

	ja	nein
Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?	☐	☐
Wenn ja, welche?_____		
Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?	☐	☐
Welche und wozu?_____		
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐	☐
Welche?_____		

Fragen zur Familie

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung?	☐	☐
Wenn ja, wer?_____		

Körpergrösse der Mutter:_____ Körpergrösse des Vaters:_____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	☐	☐

-bitte wenden-

Anmeldebogen
zur kieferorthopädischen Behandlung

erlecke zahnmedizin kieferorthopädie

Patientenanamnese:

	ja	nein
Besteht oder bestand bei Ihrem Kind eine ernsthafte Kopfverletzung? Wenn ja, wann und welche?_____	☐	☐
Hatte Ihr Kind einmal eine Verletzung, welche die Zähne betraf? Wenn ja, wann und wodurch?_____	☐	☐
Gab es Besonderheiten bei der Geburt Ihres Kindes?_____	☐	☐
Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6.-7. Mon.: _____ nach dem 8. Mon.: _____		
Sind bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt worden?	☐	☐
Atmet Ihr Kind oft ausschliesslich durch den Mund?	☐	☐
Schnarcht Ihr Kind nachts?	☐	☐
Sind bei Ihrem Kind Sprachfehler (z.B. Lispeln o.ä.) bekannt?	☐	☐
Ist oder war Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Wenn ja, Name des Logopäden:_____	☐	☐
Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?	☐	☐
Ist oder war Ihr Kind in osteopathischer/physiotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, Name des Therapeuten:_____	☐	☐
Trägt Ihr Kind Einlagen (rechts / links)?	☐	☐
Hat Ihr Kind gelutscht? Wenn ja, wie lange und an was:_____	☐	☐
Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Bis wann?_____	☐	☐
Betreibt Ihr Kind eine Sportart?	☐	☐
Spielt Ihr Kind ein Instrument?	☐	☐
Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden (z.B. Knacken, Reiben, Schmerzen)?	☐	☐
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	☐	☐
Empfindet Ihr Kind seine Zahnstellung als belastend?	☐	☐

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)