

# Praxis für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Herbert Schilling und Dr. med. dent. Michael Schilling

Stefansplatz 1, 73433 Wasseralfingen, Tel 07361 5559940, Fax 07361 5559941  
Obere Brühlstraße 1, 73479 Ellwangen, Tel 07961 560700, Fax 07961 560701

---

## Die Beantwortung der folgenden Fragen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Name:..... Geburtsdatum:.....  
Mutter Name:..... Geburtsdatum:.....  
Vater Name:..... Geburtsdatum:.....

Straße:.....  
Wohnort:.....  
Telefonnummer:.....  
Krankenkasse:.....  
Patient ist beim Vater  oder der Mutter  versichert.

## Die ersten Zähne ihres/er Sohn/Tochter sind

- früh durchgebrochen (vor dem 6. Monat)
- normal durchgebrochen (6.-12. Monat)
- spät durchgebrochen (nach dem 12. Monat)

## Hat oder hatte ihr/e Sohn/Tochter Lutschgewohnheiten? ja nein

- Daumen  Finger  Schnuller  Tücher  Stift
- Nägelkauen  Lippenbeißen

## Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?

- ja  nein

## Hat ihr/e Sohn/Tochter Kiefergelenksbeschwerden?

- ja  nein

## Atmet ihr/e Sohn/Tochter überwiegend durch den/die...

- Mund  Nase

## Knirscht ihr/e Sohn/Tochter?

- ja  nein

## Hatte ihr/e Sohn/ Tochter eine OP im Kopfbereich durch einen Unfall oder Anomalien (Lippen- Kiefer- Gaumenspalte, Schädel- oder Kieferbruch, Zahnverlust durch Sturz o.ä.)?

- ja  nein

in welchem Alter? .....

**Wurde ihr/e Sohn/ Tochter schon kieferorthopädisch untersucht?**

- ja       nein

bei.....

**Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?**

- ja       nein

bei.....

**Die kieferorthopädische Behandlung wurde...**

- erfolgreich abgeschlossen       abgebrochen       noch nicht beendet

**Hatte oder hat ihr/e Sohn/Tochter eine der folgenden Erkrankungen?**

- ja       nein

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> AIDS/HIV                  | <input type="radio"/> Rachitis        |
| <input type="radio"/> Diabetes                  | <input type="radio"/> Asthma          |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Epileptiforme Anfälle     | <input type="radio"/> Hepatitis(B,C)  |
| <input type="radio"/> Herzkrankheit             | <input type="radio"/> Tuberkulose     |

andere, nicht benannte Krankheiten.....

**Nimmt ihr/e Sohn/ Tochter regelmäßig Medikamente ein?**

- ja       nein

.....

**Bestehen Allergien gegen...**

- ja     nein

- |   |                                  |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Medikamente         | <input type="radio"/> Kunststoff | <input type="radio"/> Farbstoffe |
| <input type="radio"/> Desinfektionsmittel | <input type="radio"/> Metalle    |                                  |

oder andere Stoffe? .....

**Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt (Kopfbereich)?**

- ja       nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein

Behandelnder Hausarzt .....

Behandelnder Zahnarzt .....

Empfohlen durch (freiwillige Angaben)

- Zahnarzt
- Bekannte

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer der Praxis mitzuteilen. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ich entbinde die Praxis von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber weiterbehandelnden Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie Gutachtern und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Behandlungsblätter, etc.) übersandt werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis oben genannten Zahnärztinnen/Zahnärzten Auskünfte über die Behandlung erteilt.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....