



Name, Vorname: Max Muster
geb.: 0815

War oder ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer
Behandlung? nein
 ja

Sind in Ihrer Familie Zahn- oder
Kieferfehlstellungen bekannt? nein
Wenn ja, welche?

Sind in Ihrer Familie Nichtanlagen von Zähnen
bekannt? nein
 ja

Traten bei Ihrem Kind gravierende Ver-letzungen
im Kiefer- Gesichts-Bereich auf? (z.B. Zahnverluste
durch Unfall, Kieferbruch) nein
Wenn ja, welche?

Lutscht Ihr Kind noch am Daumen oder benutzt es
einen Beruhigungssauger? nein
 ja

Wann brach bei Ihrem Kind der erste Milchzahn durch?
mit Monaten

Wann brach bei Ihrem Kind der erste bleibende Zahn
(„Schulzahn“) durch?
mit Jahren

Befindet sich Ihr Kind in ständiger ärztlicher
Behandlung (z.B.HNO)? nein
Wenn ja, warum?

Wurde bei Ihrem Kind die Mandeln entfernt?
 nein
 ja

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Zucker),
andere Allgemeinerkrankungen oder
Infektionserkrankungen bekannt? nein
Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihrem Kind Allergien oder Über-
empfindlichkeiten, z.B. gegen Metalle, Latex,
Medikamente, Nahrungsmittel, festgestellt? nein

Wenn ja, gegen welche?

Traten bei Ihrem Kind Komplikationen nach
Betäubungsspritzen, einer Zahntentfernung
oder sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen
auf? nein
 ja

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der
Nasenatmung? (Asthma, Heuschnupfen o.ä.) nein
 ja

Werden regelmäßig Medikamente
eingenommen? nein
 ja

Wurde Ihr Kind schon einmal im Kopfbereich
geröntgt? nein
Wenn ja, wann und wo?

Hat oder hatte Ihr Kind eine Sprachstörung
(Lispeln, Schwierigkeiten mit „S“-Lauten o.ä.)? nein
 ja

Hat Ihr Kind ein Röntgennachweisheft oder
Röntgenpaß? nein
 ja

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?
 ja

Betreibt Ihr Kind eine Kampfsportart wie Karate
oder Kick-Boxen? nein
 ja

Wurden in letzter Zeit vom Zahnarzt die Zähne
fluoridiert oder versiegelt? nein
 ja

Arnstadt,

Unterschrift _____