

Anmeldung - Kind

KB	SZ	PVS
----	----	-----

Patientenname: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Geburtsort / Stunde.: _____

Versicherter: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Beruf / Arbeitgeber: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefonnr.: _____ Handy: _____

Zahnarzt: _____ Krankenkasse: _____

Wann bekam Ihr Kind den ersten Milchzahn? _____

Hat Ihr Kind eine Zahnunterzahl oder Zahnüberzahl? Ja Nein

Hatten Sie eine natürliche Geburt ? Ja Nein

Kaiserschnitt/Frühgeburt ? Ja Nein

Haben Sie gestillt? Ja Nein

Wenn ja: Wie lange? _____

Haben Sie Ihrem Kind D-Fluoretten verabreicht? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind ? Ja Nein

War Ihr Kind schon mal in der Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes? Ja Nein

Atmet Ihr Kind allgemein durch die Nase? Ja Nein

Atmet Ihr Kind allgemein durch den Mund? Ja Nein

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? Ja Nein

Hat Ihr Kind am Daumen/Finger/Schnuller gelutscht? Ja Nein

Wenn ja: Bis zu welchem Alter? _____

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder Sonstiges? Ja Nein

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht? (Allergien, Rachitis, Darmerkrankung, Kinderkrankheiten, Operationen, Asthma, ADHS/ADS)

Hat Ihr Kind Impfungen erhalten? Ja Nein

Wenn ja: Welche? 1. / 3. / 6. / 9. / 1-Jahresimpfung _____

Hat Ihr Kind einer der folgenden Beschwerden?

Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen, Ohrgeräusche (Tinnitus) oder Schwindel Ja Nein

Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsten oder länger dauernden Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja: Welche? _____

Ist Ihr Kind an einer kieferorthopädischen Behandlung interessiert? Ja Nein

Wann putzt Ihr Kind die Zähne? morgens mittags abends

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? Ja Nein

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Wenn ja: Wie lange? _____

Wenn ja: Bei welchem Arzt? _____

Bestehen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. den Zähnen vorgenommen? Datum: _____

Datum / Unterschrift: _____

