



**Dr. med. dent. Torsten Blens**  
**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**

**Angaben zum Patienten :**

Name : ..... Vorname : ..... 

w	m
---	---

ggf. Geburtsname : ..... geboren am : 

--	--	--	--	--	--

Anschrift : (Straße)..... Telefon ( priv. ) .....

PLZ ..... Ort ..... Telefon (berufl.) .....

Arbeitgeber : ..... Telefon (mobil) .....

---

**Versicherung / Krankenkasse:**

.....  
 ( Bitte geben Sie auch Ort und Geschäftsstelle an : z.B. BEK Pulheim oder DAK Köln )

Sind Sie : pflichtversichert  freiwillig vers.  privat vers.  Selbstzahler

**Bei privat versicherten Patienten:** Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

Sind Sie im **Basis-Tarif** versichert? ja  nein

Besteht eine **Abtretungserklärung**? ja  nein

---

**Angaben zum Hauptversicherten** ( nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst Hauptversicherter ist )

Name : ..... Vorname : ..... 

w	m
---	---

ggf. Geburtsname : ..... geboren am : 

--	--	--	--	--	--

Anschrift : (Straße)..... Telefon ( priv. ) .....

PLZ ..... Ort ..... Telefon (berufl.) .....

Arbeitgeber : .....

Der Hauptversicherte ist Ehegatte des Patienten  Vater/Mutter des Pat.  .....

---

**Überweisender Zahnarzt :** .....

---

**Bestehen zurzeit ansteckende Krankheiten?**

( z.B. Hepatitis, Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Tuberkulose, HIV, Grippe ) nein

Wenn ja, welche ? .....

---

Hat **andernorts** bereits eine kieferorthopädische **Beratung** statt gefunden? nein

wenn ja, wann ? ..... wo ? .....

Hat **andernorts** bereits eine **kieferorthopädische Behandlung** statt gefunden? nein


wenn ja, von ..... bis ..... wo ? .....



## Fragen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig; Sie können so die für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und uns helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen. Da kieferorthopädische Behandlungen normalerweise bei Kindern durchgeführt werden; sind die Fragen auf Kinder bezogen formuliert. **Erwachsene** Patienten beantworten bitte nur die eingerahmten Fragen **5-13** sowie **16/17** ( sinngemäß ).

Versicherte einer Gesetzlichen Krankenkasse ( z.B. AOK, BKK, IKK, DAK, Barmer etc. ) werden gebeten, die **Krankenversicherungskarte ( Chipkarte )** einlesen zu lassen und diese jedes Quartal mitzubringen.

 Im Rahmen der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenbilder des Schädels und des Gebisses ( evtl. auch der Hand ) unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Aus diesen Gründen sollten Sie uns davon informieren, wenn in den vergangenen Monaten bei Ihrem Zahnarzt oder in der Klinik Röntgenaufnahmen des Kopfes oder der Zähne hergestellt wurden, damit wir entscheiden können, ob diese Bilder für die aktuelle kieferorthopädische Diagnostik zu verwenden sind und auf erneute Aufnahmen ganz oder teilweise verzichtet werden kann.

**Hinweis für erwachsene Patientinnen:** Informieren Sie bitte im Falle einer **Schwangerschaft** vor einer Röntgenuntersuchung den Kieferorthopäden / die Röntgenassistentin!

1. Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien ? nein

Wenn ja, welche ? .....

War ein/beide Elternteil(e) früher in kieferorthopädischer Behandlung? ja

2. Besonderheiten während der **Schwangerschaft** ? keine   
( Krankheiten - Ernährungsstörungen - Unfälle - Medikamente )

.....

Besonderheiten bei der **Geburt** ?..... keine   
( z.B. Zangen-, Schnittentbindung, Saugglocke - Zwilling- bzw. Mehrlingsgeburt )

3. **Säuglingszeit:** Ernährung: ..... Monate gestillt, ..... Monate Flasche

Vitamin D

Fluoretten ( oder andere Fluoridtabl. )  wie lange? .....

Laufen gelernt mit ..... Monaten

4. Wann kamen die ersten **Milchzähne**?

vor dem 6. Lebensmonat  zwischen dem 6. und 8. Monat.  nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten **bleibenden** Schneidezähne?

vor dem 6. Lebensjahr  im 6. bis 7. Lebensjahr  im 8. Lebensjahr oder später

5. Größere **chirurgische Eingriffe** oder **Unfälle** in den letzten Jahren ? keine   
welche? .....  
wann? ..... wo behandelt? .....

Gingen bei einem Unfall Milchschneidezähne verloren  oder wurden bleibende Zähne beschädigt   
wenn ja, welche? .....

Erfolgten bei chirurgischen Eingriffen bzw. Unfällen Bluttransfusionen?   
Wann? ..... Wo? .....

6. Bestehen **Allergien** ? z.B. Nickel  Chrom  Pollen/Gräser  Latex / Gummi   
gegen Medikamente  ..... sonstige: .....  
Allergiepass vorhanden  keine Allergien

7. Nimmt Ihr Kind **Medikamente** ein? nein   
wenn ja, welche ? .....

8. **Kinderkrankheiten / Krankheiten** ?  
Scharlach  Röteln  Diphtherie  Masern  Mumps  Hirnhautentzündung   
Rachitis  Lungenentzündung  Asthma  Heuschnupfen   
Mittelohrentzündung  Hörprobleme  häufige Erkältungen   
häufige Aphthen ( Bläschen an der Mundschleimhaut )  Herpes  Epilepsie   
Diabetes  Nierenerkrankung  Rheuma  Herzleiden  Schilddrüsenerkrankung   
Ernährungsstörungen  im ..... Lebensjahr .....  
Wachstumsstörungen  .....  
Haltungsschäden ( z.B. Hohl-/Rund-/Flach-Rücken, X-/O-Beine, Knick-/Spreiz-/Plattfuß o.a.) .....

Bestehen zurzeit **ansteckende Krankheiten** ( z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV ... ) ? nein   
wenn ja, welche ? .....

Bestehen **Blutgerinnungsstörungen**? nein  wenn ja, welche ? .....  
Ist Ihr Kind seit längerem in **ärztlicher Behandlung**? nein   
wenn ja, weswegen ? .....

9. War Ihr Kind bereits einmal bei einem **Hals-Nasen-Ohrenarzt**? nein   
Entfernung der Polypen  wann? ..... Entfernung der Mandeln  wann? .....  
sonstige Behandlung: ..... Beratung  .....

10. **Atmet** Ihr Kind normalerweise durch die Nase  durch den Mund  erschwerte Nasenatmung   
Schnarcht Ihr Kind nachts

11. **Knirscht** Ihr Kind ? nachts  tagsüber  nein

12. Bestanden oder bestehen **Erkrankungen der Kiefergelenke?** ja  nein   
Probleme beim Kauen  Schmerzen beim Kauen  Muskelverspannungen im Kieferbereich   
Gelenkgeräusche ( z.B. Knacken )  häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen   
.....

13. Treibt Ihr Kind eine **Sportart** intensiv?  Welche? .....  
Spielt Ihr Kind ein **Instrument**?  Welches? .....

14. Hat Ihr Kind **gelutscht** ? ja  nein   
Daumen  Nuckel  Sonstiges  ....., wenn ja, wie lange ?  
nur im 1. Lebensjahr  bis zum 3. Jahr  bis zum 5. Jahr  bis heute

15. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine **logopädische Behandlung** ( Sprechübungen ) durchgeführt?  
nein   
wenn ja , wann ? ..... von wem ? .....

**16. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:**

Verbesserung der Kaufunktion  der Sprache  des Aussehens   
Vorbeugung von Karies und Parodontose  sonstige Gründe: .....  
Geschwister sind bzw. waren in kieferorthopädischer Behandlung ja  nein   
Überweisung erfolgte durch : .....  
Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung / Behandlung: .....

17. Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? nein

Wenn ja, wann ? von ..... bis .....  
durch wen ? ..... ( Praxis )  
..... ( Anschrift )

Erfolgte diese Behandlung mit **herausnehmbaren**  oder mit **feststehenden**  Zahnspangen?  
Wurden im Rahmen dieser Behandlung bleibende Zähne **extrahiert**? ja   
Wurde diese Behandlung **regulär abgeschlossen**  oder **abgebrochen**  ?  
Wenn diese Behandlung **abgebrochen** wurde, aus welchen Gründen geschah dies ?  
.....

**Falls sich Unterlagen der Vorbehandlung ( Modelle, Röntgenbilder, Behandlungsplan etc. )  
in Ihrem Besitz befinden, bringen Sie diese bitte zur Beratung / Behandlungsplanung mit.**

Eine kieferorthopädische Behandlung dauert in der Regel mehrere Jahre.

Kann eine regelmäßige Kontrolle ( alle 3 - 4 Wochen ) sichergestellt werden ? ja  nein

18. Besuchte Schule .....

Putzt das Kind unaufgefordert täglich die Zähne? ja  meistens  nein

**18. Wer ist Ihr Hauszahnarzt?**

Name .....

Ort: .....

Keiner vorhanden

**19. Nimmt Ihr Kind beim Hauszahnarzt an der Individualprophylaxe teil?**

Ja  Nein

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**