

# PATIENTENINFO

Patient:

Geburtstag:

DR. WOLTER  
KIEFERORTHOPÄDIE



Damit wir die Ursachen Ihrer Kieferanomalie besser erkennen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an und schreiben Sie die Antworten auf die blaue Linie.

1. Haben Sie angeborene Fehlbildungen? Ja  Nein
2. Gab es Auffälligkeiten beim Kieferwachstum? Ja  Nein
3. Gab es Auffälligkeiten beim Zahndurchbruch und der Gebissentwicklung und wenn ja welche? Ja  Nein
4. Sind bereits bleibende Zähne gezogen worden? Ja  Nein
5. Welche Operationen haben Sie durchgemacht?
6. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Ja  Nein
7. Leiden Sie an einer möglicherweise ansteckenden Krankheit? Ja  Nein
8. Leiden Sie an einer Allergie? Ja  Nein
9. Neigen Sie zu Nachblutungen oder blauen Flecken? Ja  Nein
10. Nehmen Sie ständig Medikamente? Ja  Nein
11. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein
12. Halten Sie den Mund meist offen? Ja  Nein
13. Schlafen Sie mit offenem Mund? Ja  Nein

14. Schnarchen Sie? Ja  Nein
15. Sind Sie häufig erkältet? Ja  Nein
16. Waren Sie schon beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja  Nein    
Wann?   
Was wurde gemacht?
17. Haben Sie Probleme beim Kauen? Ja  Nein
18. Kauen Sie nur auf einer Seite? Ja  Nein
19. Haben Sie Schmerzen beim Kauen? Ja  Nein
20. Haben Sie Schmerzen am Kiefergelenk, auch wenn Sie nicht kauen? Ja  Nein    
Zu welcher Tageszeit hauptsächlich?
21. Haben Sie Verspannungen oder Schmerzen der Kaumuskulatur? Ja  Nein
22. Haben Sie Gelenkgeräusche? Ja  Nein
23. Haben Sie bestimmte Angewohnheiten (z. B. Nägelkauen, Fingerlutschen)? Ja  Nein    
Welche?
24. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein
25. Waren Sie schon einmal in einer kieferorthopädischen Behandlung? Ja  Nein    
Wann?
26. Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenaufnahme durchgeführt und wo?

Datum

Unterschrift

**Drucken**