

Gelbsucht

Nierenerkrankung

Zuckerkrankheit

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

.....

JA

NEIN

Regiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?

wenn ja, welche ?

Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden?

wenn ja, wann ?

Hat Ihr Kind bekannte Allergien?

wenn ja, worauf ?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?

.....

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?

Datum: (Monat/Jahr)

Organ:

Atmet Ihr Kind durch den Mund oder durch die Nase ?

Schläft Ihr Kind offenem Mund?

Hat Ihr Kind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?

wenn ja, wie viele Stunden am Tag ?

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nagel, Bleistift

oder

Knirscht ihr Kind am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Hat Ihr Kind Sprachfehler?

Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung besucht?

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?

Hat Ihr Kind schon einmal eine Spange getragen?

Wenn ja, wann?

Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:

.....

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

wenn ja, welches ?

Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sport)?

Sonstige Bemerkungen

.....

Wiesbaden, den

Unterschrift

Unterzeichner in Druckbuchstaben