

## Erstbesuch

### Kinder und Jugendliche

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Mitversichert bei

**Jordan Fillies Zahnärzte**

**MVZ GmbH**

Zur Waldbühne 3  
49124 Georgsmarienhütte

**Telefon 054 01-87 06 33**

Telefax 054 01-87 06 20

E-Mail kfo@jordan-fillies.de  
www.jordan-fillies.de

#### Liebe Eltern,

damit wir genau auf die kieferorthopädischen Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Alle personenbezogenen Angaben, sowie im Behandlungsverlauf angegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Straße, Nr.

Telefon privat

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil

E-Mail

1. Waren Sie bereits mit Ihrem Kind bei einem Kieferorthopäden?  Ja  Nein
2. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein
3. Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein
4. War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden?  Ja  Nein
5. War Ihr Kind bereits in physiotherapeutischer und/oder osteopathischer Behandlung?  Ja  Nein
6. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein
7. Sind bei einem Unfall die Milchschnidezähne verloren gegangen oder bleibende Zähne beschädigt worden?  Ja  Nein
8. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)

9. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

10. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?

---

11. Bestehen Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

12. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

13. Atmet Ihr Kind mehr  mehr durch die Nase?  durch den Mund?

14. War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?  Ja  Nein

15. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Ja  Nein

16. Hat Ihr Kind gelutscht?  Ja  Nein  es lutscht noch  am Daumen  am Nuckel

17. Liegen sonstige Angewohnheiten vor?

Nägelkauen/-beißen  Stiftekauen  Lippenbeißen  Sonstiges

18. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Kiefergelenk?  Ja  Nein

19. Wer ist der Hausarzt Ihres Kindes?

---

20. Wer ist der Hauszahnarzt Ihres Kindes?

---

Ort, Datum

Unterschrift des Vorsorgeberechtigten  
(ggf. mit Ermächtigung des nicht anwesenden Vorsorgeberechtigten)