

Hat es einen Unterricht für Sprecherziehung besucht? Ja Nein

Sind Haltungsschäden vorhanden? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Wurden diese Haltungsschäden durch ärztliche (orthopädische) Maßnahmen behandelt? Ja Nein

Hat das Kind andere schwere / leichte Krankheiten durchgemacht? Ja Nein

Falls ja, welche? (Rachitis, Operationen, Kinderkrankheiten) _____

Leidet das Kind derzeit an einer ernsteren oder länger andauernden Krankheit? Ja Nein

Falls ja an welcher? _____

Wie viele Geschwister hat das Kind? _____

Wie viele Geschwister haben Gebissunregelmäßigkeiten? _____

Hatte die Kindesmutter Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein

Hatte der Kindesvater Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein

Körpergröße der Kindesmutter _____ cm

Körpergröße des Kindesvaters _____ cm

Körpergröße des Kindes _____ cm

Hatten andere Familienangehörige Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein

Wohnt das Kind bei den Eltern bei Verwandten oder in einem Internat?

Besucht das Kind einen Hort? Ja Nein

Leben die Eltern gemeinsam oder getrennt?

Ist das Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert? Ja Nein

Wer ist der Erziehungsberechtigte des Kindes? _____

Ausgestellt von Mutter Vater Erzieher oder _____

Datum, Unterschrift