



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