



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
wir bitten Sie um eine gewissenhafte Beantwortung der folgenden, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Fragen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Versicherter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr:	Straße, Nr:
Telefon tagsüber	Telefon tagsüber
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:

Rechnungsempfänger	Gesetzlicher Vertreter (falls abweichend von Versicherten)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr:	Straße, Nr:
Telefon tagsüber	Telefon tagsüber
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:

- Ich wünsche keine Benachrichtigung per Email zur Terminerinnerung.

Krankenversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenkasse
Kasse:
- gesetzliche Krankenkasse, pflichtversichert
- gesetzliche Krankenkasse, mit Kostenerstattung für Kieferorthopädie
Kasse:
- private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Zahnarzt: **Hausarzt:**

HNO-Arzt: **überwiesen von: (z.B. Zahnarzt):**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

persönliche Empfehlung:

- Familie, Freunde , Bekannte
- Andere Patienten
- Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Logopäde
- Unsere Homepage
- Flyer
- Gelbe Seiten/ Telefonbuch/ das Örtliche

Internet:

- Jameda
- Anderes Bewertungsportal (welches?)
.....
- Suchmaschine (Google, Bing, etc.):
.....

Bitte wenden!





Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes (Monat/Jahr)?.....

Ist Ihr Kind derzeit in zahnärztlicher / ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja: Weshalb?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja: Welche?

Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen? Ja Nein

Rachitis Diabetes Asthma Epilepsie Tuberkulose

Allergie Herzfehler HIV Blutungsneigung Gelbsucht / Hepatitis

Sonstige Krankheiten:.....

Hatte Ihr Kind schon Mund- oder Kieferoperationen? Ja Nein

Wenn ja: Welche?Jahr?.....Wo?

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung/Behandlung? Ja Nein

Wenn ja: Wann?Wo?

Sind/waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Haben Sie oder ein anderes Elternteil eine Zahnfehlstellung? Ja Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen? Beißen? Sprechen?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Kiefergelenkschmerzen? Ja Nein

Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Schlafstörung (Durchschlafstörung/OSAS/Schlafapnoe)? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Ja Nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Wenn ja: Welches? Ja Nein

Angewohnheiten

- Sprachfehler Lippenbeißen Nägelkauen
- Schnuller Mundatmung
- Daumenlutschen o.ä. Bettnässen Rauchen

Röntgen

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? Ja Nein

Beim Zahnarzt/Arzt / Krankenhaus/ Name

Was wurde geröntgt?

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Besteht bei Ihrem Kind zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. [Fragen?](#) [Telefon 02054 / 80553](#)