

Persönliche Daten

Patientennr.: _____

Patient/in

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, PLZ, Ort	
Krankenversicherung	Zahnarzt

Erziehungsberechtigte

Name (beider Eltern)	Vorname (beider Eltern)
Straße, PLZ, Ort	
Telefon	Mobil
Geburtsdatum	Beruf

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wurden Sie an uns überwiesen? Wenn ja, von wem? _____

Ist der Patient selbst an einer Gebissregulierung interessiert?

Fand bereits eine kieferorthopädische Beratung / Untersuchung statt?

Wenn ja, liegen aktuelle Röntgenbilder vor (maximal 12 Monate)?

Bestehen in der Familie ähnliche Zahn- und Kieferfehlstellungen?

Hatte Ihr Kind eine logopädische Behandlung?

Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor?

Lag ein Unfall mit Zahnschäden vor?

Lutscht Ihr Kind noch?

Besteht eine allgemeinmedizinische Grunderkrankung

Wenn ja, welche? _____

Liegt eine Erkrankung im Hals-Nasen-Ohrenbereich vor?

Wenn ja, welche? _____

Nimmt der Patient Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Liegt eine ausgeprägte Allergie vor? Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung, müssen Sie bei allen kieferorthopädischen Leistungen 20% der Rechnungssumme für Ihre Krankenkasse vorstrecken. Dieser Eigenanteil wird von Ihrer Krankenkasse nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurückerstattet.