

Patient	Name	geb. am	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
	Vorname	Beruf: Größe: Gewicht:	Telefon Handy
Versicherter	Name	geb. am	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
	Vorname	Beruf	Telefon Handy

E-Mail-Adresse:	Staatsangehörigkeit:
Krankenkasse:	
Sind Sie Beihilfe berechtigt des öffentlichen Dienstes?	ja/nein
Ist der Hauptversicherte selbstständig?	ja/nein
Rechnungsempfänger (falls nicht der Versicherte):	
Wer hat Ihnen unsere Adresse genannt:	
Wer ist der behandelnde Zahnarzt:	
Ist der Patient schon anderweitig kieferorthopädisch behandelt worden?	
Wenn ja, wann:	Behandler:

Bitte folgende Fragen ankreuzen:	nein	ja	weiß nicht	
Wurde bereits beim Zahnarzt ein Röntgenbild angefertigt?				Zahnarzt:
Weibl. Patienten: besteht eine Schwangerschaft?				
Bestehen Kiefergelenksprobleme?				
Besteht eine Allergie?				Wo gegen:
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?				Welche:
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?				Arzt:
Besteht z. Zt. eine ansteckende Krankheit?				Welche:
Haben Sie genuckelt?				Bis wann:
Schlafen Sie mit offenem Mund?				
Sind Sie oft erkältet?				
Sind Mandeln oder Polypen entfernt worden?				
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?				
Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?				Welche Zähne
Was stört Sie bei der Kiefer- oder Zahnfehlstellung besonders?				
Besonderheiten (z.B. gesundheitliche Einschränkungen usw.)?				

Es ist mir bekannt, dass bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben der Personalien oder des Versicherungsverhältnisses eine direkte Abrechnung mit dem Sozialversicherungsträger nicht möglich ist und die Leistungen dann privat berechnet werden müssten. Desgleichen könnte der Behandlungsplan nicht entsprechend erstellt werden. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen bei nicht rechtzeitiger Absage des Termins (mind. 24 Std. vorher), eine Ausfallgebühr in Höhe von 20,-€ in Rechnung stellen.

Salzgitter, den _____
 Unterschrift des Patienten