

Patient	Name	geb. am	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
	Vorname	Größe: Gewicht:	Telefon Handy		
Vater	Name	geb. am	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
	Vorname	Beruf	Telefon Handy		
Mutter	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					
Wer ist der Versicherte? Vater / Mutter / selbst					
Ist der Hauptversicherte selbstständig? ja/nein					
Rechnungsempfänger (falls nicht der Versicherte):					
Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter / Vater					
Wer hat Ihnen unsere Adresse genannt:					
Wer ist der behandelnde Zahnarzt:					
Ist der Patient schon anderweitig kieferorthopädisch beraten worden? ja / nein					
Ist der Patient schon anderweitig kieferorthopädisch behandelt worden? ja / nein					
Wenn ja, wann: Behandler:					
Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?					
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:
Ist Ihr Kind/ Sind Sie in ärztlicher Behandlung?					Arzt:
Besteht z. Zt. eine ansteckende Krankheit?					Welche:
Hat Ihr Kind genuckelt?					Bis wann:
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?					
Ist Ihr Kind oft erkältet?					
Sind Mandeln oder Polypen entfernt worden?					
Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?					
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?					Welche Zähne
Was stört Sie bei der Kiefer- oder Zahnfehlstellung besonders?					
Besonderheiten (z.B. Entwicklungsverzögerung, 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!

Salzgitter, den _____
 Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsbevollmächtigten