



Name des Patienten Vorname geb.
Krankenkasse
PLZ Wohnort Strasse
Telefon privat Telefon dienstlich
Name des Versicherten Vorname geb.
Sorgerecht gemeinsam Mutter Vater
Beruf Arbeitgeber
Zahnarzt letzter Besuch dort
empfohlen/überwiesen durch
Haben Sie Kostenerstattung für den ambulanten Bereich gewählt? ja nein

Folgende Angaben sind für die sachgerechte Behandlung erforderlich:

Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Wenn ja, wo?
Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Hat bzw. hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? ja nein
Hat der Patient lange gelutscht? ja bis nein
Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? ja nein
Liegen bereits Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? ja nein
Bestehen schwerwiegende Krankheiten? ja nein
(Diabetes, Epilepsie, Herzfehler, Allergien, Infektionen z.B. Hepatitis, TBC, HIV)
Wenn ja, welche?
Wurde der Patient während der letzten 12 Monate geröntgt? ja nein
Wenn ja, welche Körperregionen?
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
Führt der Zahnarzt das Prophylaxe-Programm durch? ja nein
Wenn nicht, wünschen Sie dies in unserer Praxis? ja nein

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen zu haben.

Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten