



Name des Patienten Vorname geb.
Krankenkasse
PLZ Wohnort Straße
Telefon privat Telefon dienstlich
E-Mail
Einverständnis zum digitalen Rechnungsversand ja ☐ nein ☐
Name des Versicherten Vorname geb.
Sorgerecht gemeinsam ☐ Mutter ☐ Vater ☐
Beruf Arbeitgeber
Zahnarzt letzter Besuch dort
empfohlen / überwiesen durch

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.....