

Sehr geehrte(r) Patient(in), sehr geehrte Patienteltern,  
bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Die Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Versichert über:  Vater  Mutter  selbst versichert

Krankenkasse:  gesetzlich  privat  freiwillig

Beihilfe:  Ja  Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die kieferorthopädische Leistungen beinhaltet:  Ja  Nein

Falls ja - wann wurde diese ungefähr abgeschlossen und bei welchem Anbieter ?

\_\_\_\_\_

## ANGABEN DES VATERS:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## ANGABEN DER MUTTER:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

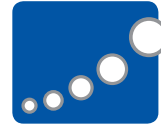
Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sollte sich während der Behandlung die Krankenkasse, der Zahnarzt, der Wohnsitz oder die Telefonnummer ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit !

Bestehende Erkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
• Herz/Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Leber/Verdauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lunge/Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Nieren/Harnröhre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
• Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_



- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind ?<br>Wenn ja, wann ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten worden ?<br>Wenn ja, wann und bei wem ? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung ?<br>Wenn ja, wo ? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist diese Behandlung erfolgreich abgeschlossen worden ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde die Behandlung abgebrochen ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Befindet oder befand sich ein weiteres Familienmitglied in kieferorthopädischer Behandlung ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten ?<br>Falls ja: <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bestehen Probleme im Hals-Nasen-Ohren-Bereich ?<br>Wenn ja, welche ? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat Ihr Kind im Kindesalter gelutscht bzw. tut es immer noch ?<br>Falls ja, bis zum Alter von: _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat Ihr Kind Sprachstörungen ? (z.B. lispeln)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Presst oder knirscht Ihr Kind mit den Zähnen ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Beißt Ihr Kind gewohnheitsgemäß auf Zunge, Lippen, Fingernägel o. ä. ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bestehen orthopädische Probleme ?<br>Wenn ja, welche ? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bestehen Probleme mit dem Kiefergelenk ?<br>Wenn ja, welche ? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Besteht eine Schwangerschaft ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kopfes angefertigt ?<br>Wenn ja, wann ? _____                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Überweisung oder Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).  
Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_