



Nachname des Kindes: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Adresse: _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Telefon, tagsüber:** _____ **Telefon mobil:** _____

Geburtsort: _____ **Zahnarzt:** _____ **Hausarzt:** _____

Krankenkasse: _____ **pflichtversichert:** **freiwillig versichert:** **beihilfeberechtigt:** **zusatzversichert:**

Name des Versicherten: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Telefon, tagsüber: _____ **Telefon mobil:** _____ **E-Mail:** _____

Adresse des Versicherten (falls von oben abweichend): _____

Beruf des Versicherten: _____ **Arbeitgeber:** _____

Erziehungsberechtigter (falls vom Versicherten abweichend): _____

empfohlen durch: _____

- | | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung oder Beratung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, wo? _____ wann: _____ | | |
| • Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat oder hatte einer der Eltern Zahnfehlstellungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Knirscht der Patient mit den Zähnen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, weshalb _____ Wo? _____ | | |
| • Bestehen irgendwelche Krankheiten? Wenn ja, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nimmt der Patient Medikamente ein? Wenn ja, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind orthopädische Probleme bekannt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bestehen Allergien? Wenn ja, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche _____ | | |
| • Sind <input type="checkbox"/> Mandeln und/oder <input type="checkbox"/> Polypen entfernt worden? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schläft der Patient mit offenem Mund? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der Patient einen Sprachfehler? <input type="checkbox"/> war er in logopädischer Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der Patient gelutscht? Wenn ja, wie lange _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beißt der Patient gewohnheitsgemäß auf Zunge, Lippen, Nägel, oder Sonstiges? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| • Ist der Patient an einer kieferorthopädischen Behandlung interessiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie als Erziehungsberechtigter an einer kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind interessiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Ort, Datum