



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

Adresse: _____ **Ort:** _____

Telefon mobil: _____ **Telefon (tagsüber):** _____

Geburtsort: _____ **Zahnarzt/-ärztin:** _____

Krankenkasse: _____ **Ort:** _____

pflichtversichert: **freiwillig versichert:** **beihilfeberechtigt:** **zusatzversichert:**

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

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

E-Mail: _____

Adresse des/der Versicherten (falls von oben abweichend): _____

Beruf des/der Versicherten: _____ **Arbeitgeber:** _____

Erziehungsberechtigte/r (falls vom Versicherten abweichend): _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • War der/die Patient/in 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/die Patient/in Beschwerden beim Kauen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist der/die Patientin 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 die Patient/in 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/die Patient/in mit offenem Mund? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der/die Patient/in einen Sprachfehler? <input type="checkbox"/> war er/sie in logopädischer Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der/die Patient/in gelutscht? Wenn ja, wie lange _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beißt der/die Patient/in gewohnheitsgemäß auf Zunge, Lippen, Nägel, oder Sonstiges? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist der/die Patient/in an einer kieferorthopädischen Behandlung interessiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie als Erziehungsberechtigte/r für Ihr Kind an einer kieferorthopädischen
Behandlung interessiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigten

Ort, Datum