



## Liebe Eltern!

Vielen Dank, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir benötigen neben Ihren Personalien und denen Ihres Kindes auch Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Ihre persönlichen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

### PERSÖNLICHE DATEN

|             |   |
|-------------|---|
| Vorname     | Nachname  |
| Straße      | PLZ, Ort  |
| Geb. Datum  | Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d |
| Tel. privat | Mobil   |
| E-Mail      |   |

### DATEN DER/S HAUPTVERSICHERTEN

|             |   |
|-------------|---|
| Vorname     | Nachname  |
| Straße      | PLZ, Ort  |
| Geb. Datum  | Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d |
| Tel. privat | Mobil   |
| E-Mail      | Beruf (freiwillige Angabe)  |

### DATEN DER/S RECHNUNGSEMPFÄNGERS/IN

Bitte nur ausfüllen, wenn die Angaben von denen der/s Hauptversicherten abweichen.

|             |   |
|-------------|---|
| Vorname     | Nachname  |
| Straße      | PLZ, Ort  |
| Geb. Datum  | Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d |
| Tel. privat | Mobil   |

### KRANKENVERSICHERUNG DES/DER PATIENTEN/PATIENTIN

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> privat bei  | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich bei  |   |
| <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung für Zahnmedizin/Kieferorthopädie |   |



## HINTERGRUNDINFORMATIONEN

Name des/r behandelnden Zahnarztes/Zahnärztin \_\_\_\_\_

Soll Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin einen Arztbrief mit Informationen über die Untersuchung Ihres Kindes erhalten?  Ja  Nein

Überwiesen/empfohlen von  Zahnarzt/Zahnärztin  Familie/Freunde/Bekannte  
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Webseite  Google  Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 Praxisschild  Telefonbuch  Sonstiges \_\_\_\_\_

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Wenn ja, wann und welche?  Ja  Nein

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wo?  Ja  Nein

Sind in der Familie Unregelmäßigkeiten in der Zahn- und Gebissentwicklung bekannt? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

## GESUNDHEITLICHE FRAGEN

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten  Diabetes  ADHS / ADS  Erkältungskrankheiten  Ja  Nein  
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Hepatitis  HIV / Aids  Infektionskrankheiten  Epilepsie  
 Allergien

Welche Allergien (z.B. gegen Nickel oder andere Metalle, Latex, etc.)? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten oder psychische Einschränkungen? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

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

Schnarcht Ihr Kind?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Ja  Nein

Hat/hatte Ihr Kind Sprachfehler? Hat Ihr Kind gelispelt?  Ja  Nein

Erfolgt / erfolgte eine logopädische Therapie? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hat Ihr Kind gelutscht?  Daumen/Finger  Schnuller  Flasche

Liegen Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes vor?  Frühgeburt  Spätzahnung  Wachstumsstörungen  Sonstiges

Macht Ihr Kind regelmäßig Sport? Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Wenn ja welches? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert! Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Zahnärztin bzw. Kinderarzt/Kinderärztin) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten/Ärztinnen übermittelt.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit! Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten