



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
Tel. privat	Mobil
E-Mail	

DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

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

DATEN DES RECHNUNGSEMPFÄNGERS

Bitte nur ausfüllen, wenn die Angaben von denen des Hauptversicherten abweichen.

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

KRANKENVERSICHERUNG DES PATIENTEN

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



HINTERGRUNDINFORMATIONEN

Soll Ihr Zahnarzt einen Arztbrief mit Informationen über die Untersuchung Ihres Kindes erhalten?

Ja Nein

Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von

Zahnarzt

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?

Ja Nein

GESUNDHEITLICHE FRAGEN

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten

Diabetes

Infektionskrankheiten

Erkältungskrankheiten

Ja Nein

Blutkrankheiten

Hepatitis

HIV / Aids

ADHS / ADS

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 / Kinderarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten 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