



Heutiges Datum:

Patient / PatientinHerr ☐ / Frau ☐ / Kind ☐

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl / Ort

Telefon / Mobil

Leibliches Kind ☐Adoptivkind ☐Pflegekind ☐**Mitglied der Krankenkasse / Zahlungspflichtiger**

(bei Kindern: Erziehungsberechtigter)

Herr ☐ / Frau ☐

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

(wenn abweichend von obigen Daten)

Straße / Hausnummer

Telefon / Mobil

Postleitzahl / Ort

E-Mail Adresse

Krankenkasse bzw. Versicherung**Bitte ankreuzen**☐ pflichtversichert
☐ freiwillig versichert
☐ beihilfeberechtigt☐ privat versichert
☐ nicht versichert
☐ privat zusatzversichert**Rechnungsempfänger bei getrenntlebenden Eltern / abweichende Rechnungsanschrift**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Telefon / Mobil

Behandelnder bzw. überweisender Zahnarzt

Bitte auch die Rückseite ausfüllen →



Für Ihre Krankenakte erbitten wir folgende Angaben,
die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

1. Haben Sie als Patient bzw. Ihr Kind folgende Krankheiten?

Asthma	☐ ja	☐ nein
Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Rheuma	☐ ja	☐ nein
Bluterkrankungen	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
HIV - Infektion	☐ ja	☐ nein
TBC	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankungen / Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankungen	☐ ja	☐ nein

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien?

☐ ja

☐ nein

Worauf wird reagiert?

2. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ vielleicht

☐ ja

☐ nein

3. Sonstige Angaben / weitere Krankheiten

4. Wann und an welchem Körperteil war die letzte Röntgenuntersuchung?

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir / meinem Kind durchgeführt werden.

5. Waren Sie / Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Wann?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen bzgl. Gesundheitszustand, Adresse und Versicherungsstatus während der gesamten Behandlungsdauer unverzüglich der Kieferorthopädin mitzuteilen. Ich bestätige, alles verstanden zu haben.

Unterschrift: