



Patient

Herr / Frau / Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnr.

Geburtsort

Postleitzahl / Ort

Telefon / Mobil

Mitglied der Krankenkasse / Zahlungspflichtiger

Herr / Frau (bei Kindern
Erziehungsberechtigter)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

(wenn abweichend von
oberen Daten)

Straße / Hausnr.

Telefon / Mobil

Postleitzahl / Ort

Name der Krankenkasse
oder Versicherung

bitte ankreuzen

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- beihilfeberechtigt
- privat zusatzversichert

- privat versichert
- nicht versichert
- zuschussberechtigt
(Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber und
Anschrift

Telefon / Mobil

Rechnungsempfänger bei
getrenntlebenden Eltern

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr. / Postleitzahl / Ort

behandelnder Zahnarzt

überwiesen von

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben,
die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| a) Asthma | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| TBC | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Lebererkrankungen / Hepatitis | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

b) Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien

ja nein

Worauf wird reagiert?

2. Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein VIELLEICHT

3. Sonstige Angaben / andere 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 meinem Kind / bei mir durchgeführt werden.

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

ja nein Wann?

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

Datum:

Unterschrift: