

**Patient**

Name	Geboren am / Geburtsort
Vorname	Straße / Wohnort

**Vater**

Name	Geboren am
Vorname	Straße / Wohnort
Telefon	Beruf

**Mutter**

Name	Geboren am
Vorname	Straße / Wohnort
Telefon	Beruf

**Sorgerecht** Mutter & Vater  Mutter  Vater  andere Person  \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber des Hauptversicherten (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zahnarzt** \_\_\_\_\_

Krankenversicherung durch: Vater  Mutter  selbst  Rentenempfänger   
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle / Ort \_\_\_\_\_

Ist der Patient schon anderweitig kieferorthopädisch behandelt worden? Nein  Ja   
Behandler \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

Sind Eltern / Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden? Nein  Ja   
Wer? \_\_\_\_\_  
Behandler \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

**Bitte folgende Fragen ankreuzen:**

	Ja	Nein	weiß nicht	Ausführliche Angaben bitte umseitig notieren
Ist Ihr Kind schon beim Arzt / Zahnarzt geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann beim Arzt _____ wann beim Zahnarzt? _____
Gibt es in der Familie Zahnfehlstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Erkrank. d. Mutter während d. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Ernährungsstörungen im Kleinkindalter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Hat Ihr Kind gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis zu welchem Alter _____
Lutscht Ihr Kind jetzt noch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____ womit _____
Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beißt Ihr Kind auf die Lippen oder Zunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet Ihr Kind häufig an Erkältungskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Mandeln oder Wucherungen entfernt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____
Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatte Ihr Kind besondere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Hatte Ihr Kind Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Nimmt oder nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wogegen _____
Hatte oder hat Ihr Kind Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Ist oder war Ihr Kind deshalb in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von wann bis wann _____
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____
Was stört Sie bei der Kiefer- oder Zahnfehlstellung am meisten?				

Es ist mir bekannt, dass bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben der Personalien oder des Versicherungsverhältnisses eine direkte Abrechnung mit dem Sozialversicherungsträger nicht möglich ist und die Leistungen privat berechnet werden müssten. Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die für die Behandlung und Diagnostik erforderlichen Röntgenuntersuchungen durchgeführt werden. Änderungen der Angaben (Adresse, Sorgerecht etc.) geben wir direkt an.

Meschede, den \_\_\_\_\_

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten / Sorgeberechtigten