

### Patient

Name	Geboren am / Geburtsort
Vorname	Straße / Wohnort
Telefon	Beruf

### Zahnarzt

Krankenversicherung durch selbst  Ehegatten  Vater  Mutter  Rentempfänger   
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle / Ort \_\_\_\_\_

### Hauptversicherter

Name	Geboren am / Geburtsort
Vorname	Straße / Wohnort
Telefon	Beruf

Arbeitgeber (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie 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**

Sind Sie 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 _____
Hatten Sie im Kleinkindalter Ernährungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Haben Sie als Kind gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis zu welchem Alter _____
Haben Sie an den Fingernägeln gekaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beißen Sie auf die Lippen oder Zunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen Sie mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie 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 _____
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie besondere Erkrankungen? (z.B.Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Hatten Sie Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		welche _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		welche _____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wogegen _____
Sind Sie HIV positiv oder leiden Sie an Aids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie im Kindesalter einen Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche _____
Waren Sie deshalb in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von wann bis wann _____
Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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.

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