



Familienname des Patienten:.....

Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Straße:..... Telefon:.....

E-Mail :..... Handy:.....

Name des sorgeberechtigten Versicherten und Auftraggebers:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Arbeitgeber:.....

Zahlungspflichtige Versicherung (Krankenkasse): .....

Zusatzversicherung:  Ja  Nein KFO .....% Beihilfe berechtigt:  ja  nein  
 PKV: KFO ..... %  ja  nein

Wer hat uns empfohlen? .....

Wer ist Ihr Zahnarzt? .....

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung bereits angefangen/ durchgeführt?  ja  nein

Ist in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?  ja  nein

Soll sofort im Anschluss an eingehende Untersuchung und Beratung die erforderliche Diagnostik erstellt werden?  ja  nein

Hinweise auf die Entstehung der Fehlbildung:

Wer in Ihrer Familie hat ähnliche Zahnfehlstellungen? .....

Wurde der Daumen oder Schnuller gelutscht?  ja  nein

Kommt es oder kam es häufig zu Halsentzündungen?  ja  nein

Bestehen Mundatmung O, Schnarchen O, Knirschen O, Lippenbeißen O?

Wurde eine Mandel- und/oder eine Polypenoperationen durchgeführt?  ja  nein

Besteht eine seelische Belastung?  ja  nein

Kam es zu einem Unfall im Kopfbereich?  ja  nein

Wurden Zähne verletzt?  ja  nein

Bestehen einer der nachfolgenden Störungen oder Erkrankungen:

Blutdruckveränderungen?  ja  nein Rheuma?  ja  nein

Herzkrankungen?  ja  nein Nieren-/Harnwegserkrankungen?  ja  nein

Zuckerkrankheit?  ja  nein Krebserkrankung?  ja  nein

Bluterkrankungen?  ja  nein Lebererkrankungen?  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein Immunschwäche?  ja  nein

Nervenerkrankungen?  ja  nein Asthma?  ja  nein

Anfallsleiden?  ja  nein Allergien?  ja  nein

Verhaltensstörungen?  ja  nein Welche? .....

Werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wie wichtig sind Ihnen: gesunde Zähne wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 sehr  
 schöne Zähne wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 sehr  
 guter Biss wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 sehr  
 frischer Atem wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 sehr

Am Patienten erbrachte Leistungen, die durch die Krankenkasse nicht abgesichert sind, gehen zu Lasten des Auftraggebers. Er ist verpflichtet, die Frage der Kostenübernahme mit seinem Versicherungsgeber zu klären und sich über die Dauer und Art der finanziellen Unterstützung zu informieren.

Bei Terminversäumnis oder kurzfristiger Terminabsage wird eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt.

Datum:

Unterschrift: