



Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ männlich weiblich divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Begleitperson: Mutter Vater sonstige _____

Sorgeberechtigt: Mutter Vater sonstige _____

Angaben zum Hauptversicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ männlich weiblich divers

Straße, Hausnummer, PLZ _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

Telefon (dienstl.) _____ Beruf _____

Adresse des Arbeitgebers: _____

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Name, Vorname _____

geboren am _____ männlich weiblich divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

Krankenversicherung des Patienten

Patient/in ist **gesetzlich** versichert Name der Krankenkasse _____

Mitglied Familienmitglied Rentner freiwillig versichert

 Patient/in ist **privat** versichert Name der Krankenkasse _____

Ich bin **nicht** beihilfeberechtigt Ich bin beihilfeberechtigt _____

Name der Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: _____

Ich komme durch Überweisung Empfehlung auf eigenen Wunsch

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? nein ja

Wenn „ja“ wann und in welcher Praxis? _____

Wurde die Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen?

Wurden im Rahmen der Behandlung bleibende oder Milchzähne gezogen? nein ja

Wurden/werden Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? nein ja

Hatte ihr Kind Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne? nein ja

Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen? Schmerzen im Kiefergelenk/Kaumuskulatur? nein ja

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt? nein ja

Sind Gewohnheiten bekannt, die zur Zahn- bzw. Kieferfehlstellung beigetragen haben könnten?

Zungenpressen Lutschen (Daumen, Nuckel) Sprachstörungen/Lispeln

Lippen beißen Nägel/Wangen kauen Zähneknirschen

Atmet ihr Kind durch Mund oder Nase? erschwerte Nasenatmung offene Mundhaltung

Schnarcht ihr Kind? nein ja War ihr Kind beim HNO-Arzt? nein ja

Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt?

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) oder Ergotherapie? nein ja

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche? _____

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? nein ja, welche?

Herzkrankheit Diabetes Epilepsie Blutkrankheiten ADHS/ADS Allergien/ Asthma
 ansteckende Krankheiten? Hepatitis Aids/HIV Tuberkulose andere

Wurde schon einmal eine homöopathische/osteopathische Behandlung oder eine andere alternative Heilmethode durchgeführt? nein ja

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Kinderarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (u. a. per Fax) : siehe Beiblatt Datenschutz Einverständnis.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: www.g-ba.de/beschluesse/4036/.

Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift sonstige Begleitperson