

**Persönliche Daten**

Patientennr.: \_\_\_\_\_

**Patient/in**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, PLZ, Ort	
Krankenversicherung	Zahnarzt
Mobil	Beruf

**Versicherter (falls abweichend)**

Name	Vorname
Straße, PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_
- Wurden Sie an uns überwiesen? Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Fand bereits eine kieferorthopädische Beratung / Untersuchung statt?  ja  nein
- Wenn ja, liegen aktuelle Röntgenbilder vor (maximal 12 Monate)?  ja  nein
- Bestehen in der Familie ähnliche Zahn- und Kieferfehlstellungen?  ja  nein
- Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor?  ja  nein
- Lag ein Unfall mit Zahnschäden vor?  ja  nein
- Besteht eine allgemeinmedizinische Grunderkrankung  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Liegt eine Erkrankung im Hals-Nasen-Ohrenbereich vor?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt der Patient Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Liegt eine ausgeprägte Allergie vor? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Besteht eine Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wichtiger Hinweis:** Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung, müssen Sie bei allen kieferorthopädischen Leistungen 20% der Rechnungssumme für Ihre Krankenkasse vorstrecken. Dieser Eigenanteil wird von Ihrer Krankenkasse nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurückerstattet.