



### Wie lautet Deine Anschrift?

Strasse	PLZ	Ort
Telefon	Telefax	

Wie heißt Dein Zahnarzt? \_\_\_\_\_

### Wie heisst Du ?

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

### Wer ist Zahlpflichtiger?

Nachname	Vorname	geb.
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Mobil Telefon	
Beruf	Arbeitgeber	

Name der Krankenkasse? \_\_\_\_\_

**Pflichtversichert?** Ja ( ) / Nein ( )

**Beihilfeberechtigt?** Ja ( ) / Nein ( )

**Basistarifversichert?** Ja ( ) / Nein ( )

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können mindestens 3 Tage vorher ab. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Sie sind damit einverstanden in einem Behandlungszimmer mit mehreren Behandlungsstühlen behandelt zu werden und zwecks Terminabsprache benachrichtigt zu werden.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur soweit eine Rechtsvorschrift dies anordnet. Eine Patienten-Information nach Art. 13 DSGVO liegt zur Mitnahme aus. Sie sind bereit und in der Lage, den während der Behandlung entstehenden Eigenanteil zu tragen.

Trier, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlpflichtigen.

Hast Du Geschwister? (Name und geb.).....

Waren Deine Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja ( ) / Nein ( )

Warst Du schon einmal bei einem Kieferorthopäden?

Zur Beratung? Ja ( ) / Nein ( )

Zur Behandlung? Ja ( ) / Nein ( )

Weißt Du von Problemen bei Deiner Geburt? Ja ( ) / Nein ( )

Wie lange wurdest Du gestillt? .....

Wie lange hast Du den Schnuller benutzt? .....

Wie lange hast Du Daumen gelutscht? .....

Welche Kinderkrankheiten hast Du gehabt?

Masern/ Röteln/ Mumps/ Scharlach/ Diphtherie/ etc. ....

Wie oft bist Du erkältet? 2 \* im Jahr? ..... Öfter? .....

Hast Du öfter Mittelohrentzündung? Ja ( ) / Nein ( )

Liegt eine Nasenscheidewandverbiegung vor? Ja ( ) / Nein ( )

Wurdest Du schon einmal operiert?

Wann?.....Körperteil? .....

Hast Du eine Erbkrankheit? z.B. Diabetes/ etc. ....

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? Ja ( ) / Nein ( )

Wenn ja, welche? .....

Leidest Du an Allergien? Ja ( ) / Nein ( )

Wenn ja, welche? .....

Wer ist Dein Kinderarzt? .....

Hattest Du einen Unfall mit einer Verletzung im Kieferbereich? Ja( ) / Nein( )

Wann hat Deine Periode eingesetzt? .....

Wie groß bist Du? .....

Wie schwer bist Du?.....

Spielst Du ein Blasinstrument? Ja ( ) / Nein ( )

Wenn ja, welche? .....

Warum kommst Du in unsere Praxis?

Empfehlung durch Zahnarzt? Ja ( ) / Nein ( )

Bekannte? Ja ( ) / Nein ( )

**Danke!**  
(Bitte zutreffendes bei Ja / Nein ankreuzen)