



Patient
(Name, Vorname): geb.:

Versicherter o Mutter/Vater
(Name, Vorname): o Ehegatte geb.:

Sorgeberechtigter:
(bei Kindern)

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Beruf:
(Hauptversicherten)

Handy:

Arbeitgeber:

E-Mail:

(bitte angeben dass wir Sie auch per SMS
und Mail benachrichtigen können.)

Krankenkasse:

o pflichtversichert

.....

(bei Privat-KK Adresse angeben)

Empfohlen durch:

o freiwillig versichert

Zahnarzt

o privat versichert

(Name, Adresse
+ Tel komplett
angeben)

.....

.....

o beihilfeberechtigt

Vorbehandler:

*** Bitte Rückseite beachten ***

Für die zahnärztliche Behandlung erbitten wir einige Angaben. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich
behandelt.

Hinweis für Privatpatienten: Bei der kieferorthopädischen Beratung und Behandlung ist mit außer-
gewöhnlichen Besonderheiten zu rechnen, die eine Überschreitung der 2,3 -fachen GOÄ/GOZ -Satzes
erfordern.

Ich bestätige, dass weitere sorgeberechtigte Personen (Elternteil, Vormund ect.) mit der Untersu-
chung einverstanden sind.

Unterhaching, _____ Unterschrift: _____

Patient bzw. gesetzl. Vertreter



	Ja	Nein	
Sind Sie in ärztlicher Behandlung			welche
Liegt bei Ihnen eine Allgemeinerkrankung vor			welche
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente			welche
Leiden Sie unter Schlafstörungen			
Sind Sehstörungen bekannt			
Leiden Sie unter Problemen des Hörorganes			welche
Leiden Sie an einer Allergie			welche
Haben Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose, AIDS)			welche
Nur Frauen: Besteht eine Schwangerschaft			welche
Haben Sie häufig eine Erkältung			welche
			welche
Sind Sie in orthopädischer Behandlung (z.B. Schuheinlagen)			
Hatten Sie einen Unfall oder eine Operation im Kopf – Hals – Bereich (z.B. Schleudertrauma)			welche
Haben Sie häufig Kopfschmerzen			welche
Befinden Sie sich in einer psychischen Belastungssituation			
Liegen Kiefergelenkbeschwerden vor (z.B. Schmerzen, Knacken, Kieferklemme, müde Kaumuskulatur)			welche
Liegen Teilleistungsstörungen vor (z.B. Lese- od. Rechtschreibschwäche, Konzentrationsstörungen u.a.)			welche
Wurden Sie geimpft?			Welche Impfungen?
Haben Sie ein spezielles Anliegen			welches

P.S.: Bitte holen Sie bei Ihrem Hauszahnarzt eventuelle vorhandene, relativ neue Röntgenbilder zur Einsicht ab.