



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	
Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung			welche
Liegt bei Ihrem Kind eine Allgemeinerkrankung vor			welche
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente			welche
Befindet sich Ihr Kind in logopädischer oder osteopathischer Behandlung			welche
Sind Sehstörungen bekannt			welche
Leidet Ihr Kind unter Problemen des Hörorganes			welche
Leidet Ihr Kind an einer Allergie			welche
Hat Ihr Kind eine Infektionskrankheit (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose, AIDS)			welche
War die Schwangerschaft mit Ihrem Kind auffällig			
Hat Ihr Kind häufig Erkältungen			welche
Ist Ihr Kind in orthopädischer Behandlung (z.B. Schuheinlagen)			
War die Geburt außergewöhnlich (z.B. Spontangeburt, Kaiserschnitt )			
Haben Sie Ihr Kind beidseitig gestillt			
Ist Ihr Kind gekrabbelt			
War die Entwicklung Ihres Kindes unauffällig			
Hat Ihr Kind als Säugling oft geweint ( Schreikind )			
Hatte ihr Kind einen Unfall oder eine Operation im Kopf - Hals - Bereich (z.B. Schleudertrauma)			welche
Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen			welche
Befindet sich Ihr Kind in einer psychischen Belastungssituation			
Liegen Kiefergelenkbeschwerden vor (z.B. Schmerzen, Knacken, Kieferklemme, müde Kau-muskulatur)			welche
Ist Ihr Kind hyperaktiv, aggressiv, oder „flippt es manchmal aus“			
Liegen Teilleistungsstörungen vor (z.B. Lese- od. Rechtschreibschwäche, Konzentrationsstörungen u.a.)			welche
Wurde Ihr Kind geimpft?			Welche Impfungen?
Haben Sie ein spezielles Anliegen			welches

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