



Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum	
------	---------	--------------	--

Anschrift

Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon
--------	--------------	-----	---------

Krankenkasse

Kasse	Sind Sie privat versichert?	ja	nein
	Sind Sie zusatzversichert?	ja	nein

Mitglied

Name	Vorname	Geburtsdatum	
------	---------	--------------	--

Wer ist der/die behandelnde HausZahnarzt/ärztin?

Wann bekam Ihr Kind ca. seinen ersten Milch-/ bleibenden Zahn?

Milchzahn	<input type="text"/>
bleibender Zahn	<input type="text"/>

Gehört Ihr Kind eher zu den „Großen“ oder „Kleinen“ seiner Altersgruppe?

ja	nein
↓	↓

eher groß
eher klein

Hatte Ihr Kind häufiger Infektionen im Nasen-Rachen-Bereich?

Hatte Ihr Kind eine Polypen- oder Mandeloperation?

Schnarcht Ihr Kind?

Gab es eine sprachtherapeutische Vorbehandlung (Logopädie)?

wenn ja, wann?:

Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Vorbehandlung?

Mundvorhofplatte
Klammer

Sind oder waren bereits Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Gibt es bereits Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle)?

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?

welches Organ: _____

Hat Ihr Kind Allergien? _____

gegen: _____

Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung für Ihr Kind?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Ich willige ein, mein Kind in einem Raum mit anderen Kindern behandeln zu lassen. Mit der Weitergabe meiner Daten an einen anderen Zahnarzt im Falle einer Praxisabgabe/-gemeinschaft bin ich einverstanden.

Für Privatversicherte:

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit dem 1,8- bis 2,3-, bei Begründung mit bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes berechnet. Ich verpflichte mich, unabhängig von Erstattungsansprüchen gegen die Krankenkasse, Versicherung oder Beihilfe, das Entgelt entsprechend der GOZ nach Rechnungsstellung an die Gemeinschaftspraxis Dres. Traxel-/Schminke zu entrichten.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Nr.: _____