

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Um eine schnelle und reibungslose Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, vorab die folgenden Fragen zu beantworten. Bei Rückfragen sprechen Sie uns gerne an.

Herr Frau

Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

Herr Frau

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Wohnort PLZ

Telefon Mobil E-Mail Adresse

Beruf behandelnder Zahnarzt

Wie sind Sie versichert?

Pflicht Freiwillig Beihilfe Privat

Krankenkasse: _____

Atmet Ihr Kind generell durch die Nase oder den Mund?

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Stifte, etc.? Ja Nein

Erlitt Ihr Kind einen Unfall bei dem Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsten oder dauerhaften Erkrankung? Ja Nein

(Herz-Kreislauf-/Stoffwechselerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Infektionskrankheiten wie bspw. TBC, Hepatitis, HIV (Aids))

Wenn ja, welche? _____

Leidet Ihr Kind an Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie sich bereits kieferorthopädisch beraten lassen? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet (Google, Jameda) Zahnarzt: _____ Empfehlung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich bzw. meine Tochter/mein Sohn per SMS oder per E-Mail an Termine erinnert werde.

Datum: _____ Unterschrift: _____