

Titel	Name	Vorname	
weiblich	männlich	Geburtsdatum	
Anschrift		(PLZ)	(Ort)
(Straße und Hausnummer)			
Kontakt		(E-Mail-Adresse)	
(Telefon -Festnetz privat)		(Mobilnummer)	
Wünschen Sie Kontakt per E-Mail?		ja	nein
Beruf			
tätig bei			
(Name + Anschrift des Arbeitgebers)			
Behandelnder Zahnarzt			
(Name des Zahnarztes/der Praxis)			
(Anschrift der Zahnarztpraxis)			

Patient

<b>Gesetzliche</b> Krankenkasse	<b>Private</b> Versicherung
Haben Sie eine Zusatzvers. für Kieferorthopädie?	Haben Sie einen Basis-/Standardtarif (Erstattung nur bis 2,0-fachem Faktor)?
ja	ja
nein	nein
(Name der Zusatzversicherung)	
Anspruch auf <b>Beihilfe</b> (Beamtenvers.)?	ja
	nein
Haben Sie einen <b>Beihilfe</b> -Ergänzungstarif?	ja
	nein

Versicherung

Angaben zum <b>Versicherten</b> (bei Familienmitgl.)	Angaben zum <b>Zahlungspflichtigen/</b> <b>Rechnungsempfänger</b>
Titel, Name, Vorname	Titel, Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift (falls abweichend vom Patient)	Anschrift (falls abweichend vom Patient)
Beruf	Beruf
Arbeitgeber (Name und Anschrift)	Arbeitgeber (Name und Anschrift)
Telefon (dienstlich)	Telefon (dienstlich)

Name:

Vorname:

**NUR WENN Ihr Kind Patient ist:  
Angaben zum **zweiten Erziehungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter)****

Titel	Name	Vorname	
Geburtsdatum			
Anschrift			
(falls abweichend vom Patient)	(Straße und Hausnummer)	(PLZ)	(Ort)
Telefon			
	privat	dienstlich	
Beruf			
tätig bei			
(Name + Anschrift des AG)			

Gemäß den Bestimmungen der Röntgenverordnung bitten wir Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die erbetenen Angaben dienen der Gesundheit Ihnen oder Ihres Kindes.  
Ich bin damit einverstanden, dass bei mir bzw. meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.  
Sofern Sie bzw. Ihr Kind im Besitz eines Röntgenpasses ist, bitten wir Sie, diesen bei anzufertigenden Röntgenaufnahmen vorzulegen. Danke!

**Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme, insbesondere eine **Übersicht aller Zähne und Kiefer (Panoramaaufnahme = OPG)** angefertigt?**

Datum der Aufnahme

Welche Praxis hat diese Aufnahme angefertigt?

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer meiner Kieferorthopädin mitzuteilen.

Bitte setzen Sie uns stichpunktartig über den **Grund Ihres Besuches** in Kenntnis.  
Was können wir für Sie bzw. Ihr Kind tun? Was stört Ihren Zahnarzt, Sie oder Ihr Kind an den Zähnen?

Gern würden wir wissen, **wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind.**

Internet	Print-Medien		
Hauszahnarzt	Schulzahnarzt	Kinderarzt	anderer Kieferorthopäde
Bekannte	Familienmitglied bereits <u>hier</u> in Behandlung		
	(Name des Familienmitgliedes)		
Anderes			

**Datenschutz**

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst.  
Ihre personenbezogenen Daten behandeln wir vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie der auf unserer Praxiswebsite einsehbaren Datenschutzerklärung.

Datum

Unterschrift (Patient bzw. Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname des Unterzeichners