

Neuaufnahme zur kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind  
(bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kranken versichert durch:    o Mutter        o Vater        o selbst        o Rentner

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Wie vieltes Kind: \_\_\_\_\_ von wie viel Kindern: \_\_\_\_\_

1. Wurden innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen angefertigt?    o ja    o nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt/Zahnarzt/Krankenhaus? \_\_\_\_\_
2. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_
3. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?    o ja    o nein  
Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_
4. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?    o ja
5. Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung und war in kieferorthopädischer Behandlung?    o ja    o nein  
Wenn ja, o Mutter oder o Vater?
6. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?    o ja    o nein
7. Knirscht der Patient mit den Zähnen?    o ja    o nein
8. Gibt oder gab es in der Familie jemanden mit Kiefergelenkproblemen?    o ja    o nein
9. Bestand ein KISS-Syndrom? (Haltungsasymmetrie im Säuglingsalter)    o ja    o nein
10. Ist der Patient z.Zt. in ärztlicher Behandlung?    o ja    o nein  
Wenn ja, weshalb: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_
11. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?    o ja    o nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
12. Bestehen schwerwiegende Krankheiten?    o ja    o nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ (ggf. unterstreichen/ergänzen)  
z.B Diabetes, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Aids, Blutungsneigung, Krebs,  
Mukoviszidose, Hepatitis, HIV, Schilddrüsen-/Hormonerkrankungen
13. Bestehen Allergien?    o ja    o nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
14. Leidet der Patient häufig an Erkältungskrankheiten?    o ja    o nein
15. Lagen Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?    o ja    o nein  
Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_
16. Wurden o Gaumenmandeln o Nasenpolypen entfernt    o ja    o nein
17. Wenn ja, mit wie viel Jahren: \_\_\_\_\_

Nuckel	<input type="radio"/> ja, bis wann	<input type="radio"/> nein
Daumenlutschen	<input type="radio"/> ja, bis wann	<input type="radio"/> nein
Lippenbeißen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zungenbeißen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nägelkauen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schnarchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mundatmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sprachfehler (z.B.Lispeln)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Spielt der Patient ein Blasinstrument?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bei Terminänderung bzw. -erinnerung darf die Praxis mich schriftlich kontaktieren

ja  nein

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie für die sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Durch den Gesetzgeber sind wir verpflichtet, eine mangelhafte Mitarbeit des Patienten( z.B. Termine nicht eingehalten, Geräte nicht gut getragen, schlechte Zahnpflege) der Krankenkasse anzuzeigen. Die Krankenkasse erstattet Behandlungskosten **nicht**, wenn wegen fehlender Mitarbeit das Behandlungsziel nicht erreicht worden ist, auch nicht, wenn sich die Zähne durch mangelnde Mitarbeit während der Haltezeit wieder verschoben haben.

**Bitte zu jeder Behandlung die Chipkarte mitbringen. Änderungen des Versicherungsverhältnisses und der Krankenkasse müssen umgehend mitgeteilt werden.**

Es ist mir bekannt, dass bei unvollständigen oder falschen Angaben der Personalien oder des Versicherungsverhältnisses eine Abrechnung mit der Krankenkasse nicht möglich ist und die Leistungen privat berechnet werden müssen. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ich bin mit der kieferorthopädischen Behandlung meines Kindes einverstanden und werde die anfallenden Kosten für die Patientenanteile übernehmen (Bitte alle Rechnungen zwecks Rückerstattung aufbewahren). Desweiteren ist mir bekannt, dass die aktuelle Datenschutzverordnung in der Praxis von Frau Dr. Witzleb ausliegt und jederzeit von mir eingesehen werden kann.**

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter