

Dr. Dr. Angrit Ellen Schott

Kieferorthopädin

Patient	Name:		geb. am:		Telefon:	
	Vorname:		Geburtsort:		Mobil:	
	Adresse:					
Vater	Name:		geb. am: *		Adresse:	
	Vorname:		Beruf:		Telefon:	
Mutter	Name:		geb. am: *		Adresse:	
	Vorname:		Beruf:		Telefon:	
E-Mail-Adresse:						

Krankenkasse:					
Private Versicherung:	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Landesbeihilfe	<input type="checkbox"/> Bundesbeihilfe		
Krankenversicherung durch:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Rentenempfänger	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
Arbeitgeber des Hauptversicherten *:					
Wer hat Ihnen unsere Adresse genannt:					Bekannt aus dem Internet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient schon anderweitig kieferorth. behandelt worden?	Behandler:			Wann:	
Sind <input type="checkbox"/> Eltern oder <input type="checkbox"/> Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:				
Name des behandelnden Zahnarztes:					

Bitte ankreuzen:	?	nein	ja	Bemerkungen
Ist Ihr Kind schon beim Arzt/Zahnarzt geröntgt worden?				wann: Arzt/Zahnarzt:
Weibl. Patienten: besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?				
Lutscht Ihr Kind oder hat Ihr Kind gelutscht?				bis wann: womit:
Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln?				
Beisst Ihr Kind auf die Lippe oder Zunge?				
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund				
Leidet Ihr Kind häufig an Erkältungskrankheiten?				
Sind Mandeln oder Wucherungen entfernt worden?				wann:
Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?				
Nimmt oder nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente?				welche:
Besteht eine Allergie?				wogegen:
Hat oder hatte Ihr Kind Sprachfehler?				welche:
Ist oder war Ihr Kind deshalb in Behandlung?				wann:
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?				wann:
Besteht z.Zt. eine ansteckende Krankheit?				welche:
Was stört Sie bei der Kiefer- oder Zahnfehlstellung am meisten?				

Mir ist bekannt, dass bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben der Personalien oder des Versicherungsverhältnisses eine direkte Abrechnung mit dem Sozialversicherungsträger nicht möglich ist und die Leistungen privat berechnet werden müssen. Desgleichen könnte der Behandlungsplan nicht den Versicherungs- und Beihilfebestimmungen entsprechend erstellt werden. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

* freiwillige Angabe

Höxter, den

Unterschrift des Erziehungsberechtigten