

Dr. Dr. Angrit Ellen Schott

Kieferorthopädin

Patient	Name:		geb. am:		Telefon:	
	Vorname:		Geburtsort:		Mobil:	
	Adresse:					
Krankenkasse:			Bezirksstelle:		Beruf:	
Privat versichert: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <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"/> Rentempfänger <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung						
Versicherter	Name:		geb. am:	*	Adresse:	
	Vorname:		Beruf:		Telefon:	
	E-Mail:					
Arbeitgeber des Hauptversicherten*:						

Wer hat Ihnen unsere Adresse genannt:	Bekannt aus dem Internet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie 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
Sind Ihre Zähne in letzter Zeit geröntgt worden?				wann: Arzt/Zahnarzt:
Weibl. Patienten: besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?				
Haben Sie als Kind "genuckelt"?				bis wann: womit:
Beissen Sie auf Lippe oder Zunge?				
Schlafen Sie mit offenem Mund?				
Leiden Sie häufig an Erkältungskrankheiten?				
Sind Mandeln oder Polypen entfernt worden?				wann:
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?				
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?				welche:
Besteht eine Allergie?				wogegen:
Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?				wann:
Besteht z.Zt. eine ansteckende Krankheit?				welche:
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 Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r