Name:	
Vorname:	

geb.: Zahl der Geschwister:

PLZ: Ort:

Straße:

Tel.: / ggf. Tel. tagsüber/Handy: /

Unter welcher Handy-Nr. oder E-Mail dürfen wir Sie an Ihre anstehenden Termine erinnern:

Name der Mutter: geb.:

Name des Vaters oder Stammversicherten: geb.:

Beruf: Arbeitgeber:

ggf. abweichende Anschrift:

Krankenkasse: pflicht versichert ○ freiwillig versichert ○

Beihilfeberechtigung? ja ○ nein ○

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin:

Empfohlen/überwiesen durch:

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

a) Wann bekam das Kind den ersten Milchzahn?
b) Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende beschädigt wurden oder verlorengegangen sind? ja ❑ nein ❑
in welchem Lebensjahr war dieser Unfall? ____
c) War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja ❑ nein ❑
Welche Behandlung wurde dort durchgeführt?
Mandeln entfernt, Polypen entfernt, Nasenscheidewand korrigiert, Sonstiges ____
In welchem Alter erfolgte die Behandlung? ____
d) Atmet Ihr Kind im allgemeinen durch den Mund ❑ oder die Nase ❑
Schläft es mit offenem Mund? ja ❑ nein ❑
e) Schläft es ruhig? ja ❑ nein ❑
f) Nächtliches Zähneknirschen? ja ❑ nein ❑
g) Besteht ein Sprachfehler? ja ❑ nein ❑
h) Besteht Gelenkknacken, Schmerzen? ja ❑ nein ❑
i) Internats, oder Ganztagsschüler? ja ❑ nein ❑
j) Wie beurteilen Sie die Mitarbeitsbereitschaft des Patienten?
Sehr gut ❑ gut ❑ mäßig ❑

k) Hat Ihr Kind gelutscht? ja ❑ nein ❑
Bis zu welchem Alter? ____
Beißt Ihr Kind gewohnheitsgemäß auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder Sonstiges?
l) Welche Erkrankungen traten auf z.B. Rachitis, Allergien, Bronchitis, Heuschnupfen, Bluter, Epilepsie, Gelbsucht, Diabetes, Hepatitis, HIV, andere? ____
m) Gibt es einen Allergiepaß? ja ❑ nein ❑
n) Bestehen Röntgenaufn. der Kiefer oder der Zähne? ja ❑ nein ❑
o) Wurden bereits kieferorthopädische Untersuchungen/Behandlungen durchgeführt? ja ❑ nein ❑
p) Könnte eine Schwangerschaft bestehen? ja ❑ nein ❑
q) Hiermit erteile ich gemäß Bundesdatenschutzgesetz die Erlaubnis, die zur Rechnungserstellung erforderlichen Daten und Angaben an die Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG Düsseldorf 11 weiterzuleiten.

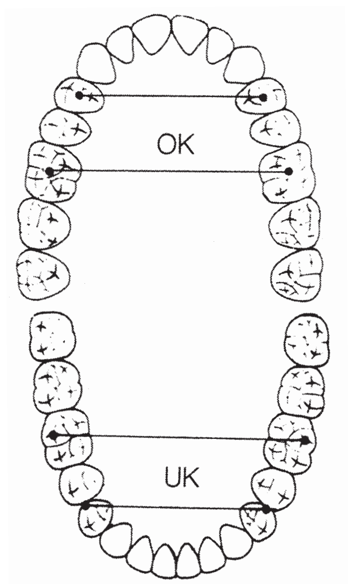
Bitte halten Sie vereinbarte Termine ein. Bei Versäumnis kann die Verweilgebühr von 15 € anfallen. Diese wird Ihnen von der Krankenkasse nicht erstattet.

44787 Bochum, den ____

Unterschrift

Si OK					= ____ Soll: ____	6 - 2	2 - 6	= ____ Soll: ____	Nichtanlagen Lücke öffnen/schließen	
Si UK						6 - 2	2 - 6			

Datum		
	Vorläufige Diagnose:	
	Gr.: Stufe: mm, Überbiß: mm	
	☐ Zst 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 / V IV III II I | I II III IV V / V IV III II I | I II III IV V / 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 ☐ Mu — CC: / KIG:	
	Behandlungsdauer: Extr.:	
	vorgeschl. Geräte:	
	gesch. Kosten:	
	Unters., Beratung:	

vertikal neutral horizontal

SNA
SNB
ANB
1:SN =
1:MPL =