

**Patient:**

Name:.....Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Straße, Hausnummer:.....  
PLZ:.....Ort:.....Telefon:.....

---

**Versicherung/Krankenkasse:**.....

(bitte geben Sie auch Ort und Geschäftsstelle an)

Basistarif-/Standardtarif in der privaten Krankenversicherung   
Beihilfe

---

Angaben zum **Hauptversicherten** (nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst Hauptversicherter ist)

Name:.....Vorname:.....  
Straße, Hausnummer:.....  
PLZ:.....Ort:.....Telefon:.....

---

Überweisender **Zahnarzt** bzw. **Hauszahnarzt:**.....

---

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?.....

---

Bestehen zur Zeit **ansteckende Krankheiten**? (z.B. Hepatitis, Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Tuberkulose, HIV) ja  nein   
Wenn ja, welche?.....

---

Hat **andernorts** bereits eine kieferorthopädische **Beratung** stattgefunden?  
ja  nein   
Wenn ja, wann? ..... Wo?.....

Hat **andernorts** bereits eine kieferorthopädische **Behandlung** stattgefunden?  
ja  nein   
Wenn ja, von.....bis..... Wo?.....

Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Werden Sie/ wird Ihr Kind in den nächsten Jahren im Einzugsbereich dieser Praxis wohnen bleiben?  
ja  nein

Kann eine regelmäßige Kontrolle der Spange (alle 3-4 Wochen) sichergestellt werden?  
ja  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift