

**Thomas Harnisch**  
**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**  
Große Kalandstr. 2  
06667 Weißenfels

**Sehr geehrte(r) Patient(in), sehr geehrte Patienteneitern,**

Wir bitten Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die Angabe benötigen wir für Ihre Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Leidet der Patient an einer Allergie ( ), Blutkrankheit ( ), Diabetes ( ), Asthma bronchiale ( ), HIV ( ), Epilepsie ( ), Infektionserkrankung ( ), Herz-Kreislauf-Erkrankung ( ), sonstige Erkrankungen ( )?

Falls ja, genaue Angabe: \_\_\_\_\_

Nimmt der Patient Medikamente ein?

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_ ja ( ) nein ( )

Hat sich Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Monate einem chirurgischen Eingriff unterzogen?

ja ( ) nein ( )

Falls ja, bitte genauere Angaben \_\_\_\_\_

Anzahl Geschwister: \_\_\_\_\_ Erkältungskrankheiten: häufig ( ) wenig ( )

Brustnahrung bis: \_\_\_\_\_ Normale / Erschwerte Geburt ?

1. Zahn wann?: \_\_\_\_\_ Lutscher bis \_\_\_\_\_ noch

Vorzeitiger Milchzahnverlust: \_\_\_\_\_

Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch beraten? ja ( ) nein ( )

Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja ( ) nein ( )

Falls ja, wann und Anschrift des behandelnden Arztes:

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

Wer hat die kieferorthopädische Behandlung veranlasst?

Zahnarzt ( ), Schulzahnarzt ( ), Eltern ( ), Patient ( )

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne verletzt beschädigt wurden? Falls ja, wann: \_\_\_\_\_

ja ( ) nein ( )

Sind vom Patient innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

ja ( ) nein ( )

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft?

ja ( ) nein ( )

Anschrift des Patienten:  
PLZ, Wohnort, Straße:.....

Telefon:..... tagsüber zu erreichen unter Tel:.....

Name, Vorname des Versicherten:..... Geb.Datum:.....

Adresse des Versicherten (falls abweichend):.....

E-mail Adresse (falls vorhanden):.....

Name, Vorname, Geb. Datum und Adresse des Zahlungspflichtigen (falls vom Versicherten abweichend):  
.....

Wer ist sorgeberechtigt?:.....

(nur falls abweichend) Adresse des Sorgeberechtigten:.....

Ich bin mit den im Rahmen der gesamten kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Krankenkassen- und Wohnsitzwechsel, Änderung des Sorgerechts, Schwangerschaftseintritt, Gesundheitszustand) unverzüglich mitzuteilen.

Es dürfen nur folgenden Personen Informationen zur Behandlung oder Terminen meines Kindes gegeben werden.

Bitte jeden mit Vor- und Zunamen in das unten stehenden Kästchen eintragen!


Bitte haben wir Sie Verständnis, dass nur genannten Personen, Auskünfte und Termine mitgeteilt werden dürfen!

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten