**Dr. Nicole Traxel-Schminke • Kieferorthopädie**

# Anmeldung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Patient | Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | Straße | Postleitzahl Ort | Telefon |
| Krankenkasse | | privat versichert? | ja ☐ nein ☐ |
| Mitglied | Name | Vorname | Geburtsdatum |

Wer ist der/die behandelnde HausZahnarzt/ärztin? _____

Wann bekam Ihr Kind ca. seinen ersten Milch-/ bleibenden Zahn?

Milchzahn ☐

bleibender Zahn ☐

| | ja ↓ | nein ↓ |
|---|---|---|
| Gehört Ihr Kind eher zu den „Großen“ oder „Kleinen“ seiner Altersgruppe? eher groß | ☐ | |
| eher klein | ☐ | |
| Hatte Ihr Kind häufiger Infektionen im Nasen-Rachen-Bereich? | ☐ | ☐ |
| Hatte Ihr Kind eine Polypen- oder Mandeloperation? | ☐ | ☐ |
| Schnarcht Ihr Kind? | ☐ | ☐ |
| Gab es eine sprachtherapeutische Vorbehandlung (Logopädie)? | ☐ | ☐ |
| wenn ja, wann? | ☐ | |
| Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Vorbehandlung? | | |
| Mundvorhofplatte | ☐ | |
| Klammer | ☐ | |
| Sind oder waren bereits Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? | ☐ | ☐ |
| Gibt es bereits Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle)? | ☐ | ☐ |
| Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt? | ☐ | |
| welches Organ: _____ | | |
| Hat Ihr Kind Allergien? | ☐ | ☐ |
| gegen: _____ | | |
| Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung für Ihr Kind? | ☐ | ☐ |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Ich willige ein, mein Kind in einem Raum mit anderen Kindern behandeln zu lassen. Mit der Weitergabe meiner Daten an einen anderen Zahnarzt im Falle einer Praxisabgabe/-gemeinschaft bin ich einverstanden.

Für Privatversicherte:

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit dem 1,8– bis 2,3–, bei Begründung mit bis zum 3,5–fachen des Gebührensatzes berechnet. Ich verpflichte mich, unabhängig von Erstattungsansprüchen gegen die Krankenkasse, Versicherung oder Beihilfe, das Entgelt entsprechend der GOZ nach Rechnungsstellung an die Gemeinschaftspraxis Dres. Traxel-/Schminke zu entrichten.

Datum: Unterschrift: Nr.: