

Hat Ihr Kind eine Krankheit? (z.B. Gelbsucht, Rachitis, Scharlach, Asthma, Epilepsie , sonstige Krankheiten?) Wenn ja welche? _____
Bestehen zurzeit ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen:
Bestehen Blutgerinnungsstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren?
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Ist Ihr Kind seit längerem in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weswegen
War Ihr Kind bereits einmal in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Entfernung der Polypen <input type="checkbox"/> Entfernung der Mandeln
Atmet ihr Kind normalerweise durch den Mund <input type="checkbox"/> durch die Nase <input type="checkbox"/> Nasenatmung erschwert <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schnarcht oder knirscht <input type="checkbox"/> Ihr Kind nachts? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind gelutscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie lange Nur im 1. Lebensjahr <input type="checkbox"/> bis zum 3. Lebensjahr <input type="checkbox"/> bis zum 5. Lebensjahr <input type="checkbox"/> lutscht noch immer <input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Nuckel <input type="checkbox"/>
Hatte oder hat Ihr Kind Sprachfehler? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Ist oder war Ihr Kind deshalb in Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann

Es ist mir 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 müssten. Desgleichen könnte der Behandlungsplan nicht den Versicherungs- und Beihilfebestimmungen entsprechend erstellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Sehr geehrte Eltern,
für die kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes muss genügend Zeit zur Verfügung stehen! Deshalb erhalten unsere Patienten auch Termine während des Schulunterrichts. Besonders lange Sitzungen werden aus demselben Grunde ebenfalls auf den Vormittag gelegt.
Da wir uns selbstverständlich nach dem Stundenplan der Kinder richten, und da die Kontrolltermine mehrere Wochen auseinander liegen, entstehen keine schulischen Schwierigkeiten. Auf Wunsch händigen wir eine Bescheinigung für den Klassenlehrer aus.
Wir bitten Sie höflich, Ihr Einverständnis mit dieser Regelung durch Ihre Unterschrift zu erklären.