

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, bei welchem Arzt:.....

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

Wenn ja, welcher Art und wann:.....

Und gingen dabei Milch-oder bleibende Zähne verloren? 0 ja 0 nein

Ist Ihr Kind ein Mundatmer? 0 ja 0 nein

Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monaten geröntgt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, wo und Name der Praxis :.....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung einverstanden

ja nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs/ Recall-System einverstanden.

ja nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenkarte einverstanden.

ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____