

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Datum: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Strasse) PLZ (Ort)

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl: \_\_\_\_\_ ggf. Mobil: \_\_\_\_\_

Haupt- Versicherter: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum des Haupt- Versicherten: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenversicherung:**

Ich bin Mitglied der folgenden gesetzlichen Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Ich bin bei folgender Krankenkasse privat versichert: \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Wer ist der Zahnarzt ? \_\_\_\_\_

Weshalb möchten Sie sich beraten lassen ?

Auf Anraten des Zahnarztes Wunsch des Patienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen (Telefonbuch, Empfehlung o.ä.) ? \_\_\_\_\_

Spielt der Patient ein Blasinstrument oder ist das geplant? Welches ? Ja Nein \_\_\_\_\_

**Bestehen oder bestanden bei dem Patienten folgende Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen) ?**

Asthma	Rachitis	Hepatitis (Leberentzündung)
Tuberkulose	Drüsenstörung	HIV / Aids
Rheuma	Wachstumsstörungen	Häufige Erkältungen
Epilepsie	Diabetes	Blutgerinnungsstörungen
Herzkrankheiten		

Ständig eingenommene Medikamente: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien (z.B. gegen Medikamente, Nickel, Chrom, Latex o.ä.) ? Wenn ja, gegen was ?

Ist ein Allergiepass vorhanden ? nein ja

Sonstige (ansteckende) Krankheiten / Operationen / Behinderungen / Syndrome: \_\_\_\_\_

Fand andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung statt oder wurden

Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Behandlungsplan) erstellt ? Wenn ja, wo ?            nein            ja    \_\_\_\_\_

Erfolgte früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung ?    Wenn ja, wo ?            nein            ja    \_\_\_\_\_

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung ? Wer ?            nein            ja \_\_\_\_\_

Sind / waren Geschwister des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung ?            nein            ja \_\_\_\_\_

Gibt es ein Röntgennachweisheft ? Bitte abgeben, wenn hier geröntgt wird ! nein            ja? \_\_\_\_\_

Sind bei dem Patienten in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen erstellt oder

Strahlenbehandlungen durchgeführt worden ? Wenn ja, welche ?            nein            ja \_\_\_\_\_

Hinweis für schwangere Patientinnen: Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft !

Was fiel Ihnen beim ersten Besuch in unserer Praxis positiv auf ?

\_\_\_\_\_

Was können wir verbessern ? \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_