

Anmeldeformular für neu in Behandlung tretende Patienten

Patientenname:.....Vorname:.....geb.:
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....
 Krankenkasse:.....Geschäftsstelle:.....
 Hauszahnarzt:.....Hausarzt:.....

Name des Versicherten:.....Vorname:.....geb:.....
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....
 Beruf:.....Arbeitgeber:.....

Name des Rechnungsempfängers:.....Vorname:.....geb:.....
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....
 Beruf:.....Arbeitgeber:.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte unterstreichen; Mehrfachnennung möglich)

Ihren behandelnden Zahnarzt
 (bitte unbedingt Namen angeben).....
 Auf Empfehlung von Familie Freunde Bekannte andere Patienten Flyer Das Telefonbuch
 Gelbe Seiten Das Örtliche Internet Internet Telefonbuch www.kieferortho-engels.de

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Wurden Sie schon einmal geröntgt? | ja | nein |
| 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? | ja | nein |
| 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? | | |
| 4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | ja | nein |
| 5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? | | |

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? | ja | nein |
| wo:.....wann:..... | | |
| 2. Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Beratung? | ja | nein |
| wo:.....wann:..... | | |
| 3. Hatten Sie Beschwerden beim Kauen? | ja | nein |
| 4. Knirschen Sie mit den Zähnen? | ja | nein |
| 5. Bestehen Kiefergelenksschmerzen? | ja | nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? | ja | nein |
| weshalb:.....wo:..... | | |
| 2. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? | ja | nein |
| welche:..... | | |
| 3. Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten? | ja | nein |
| Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht,
Blutungsneigung, sonstige?..... | | |
| 4. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? | ja | nein |
| wann:.....was:..... | | |
| 5. Sind Allergien bekannt? | ja | nein |
| welche:..... | | |

Datum:.....Unterschrift:.....