

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. Wurde Ihr Kind 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. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? | ja | nein |
| wo:.....wann:..... | | |
| 2. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung? | ja | nein |
| wo:.....wann:..... | | |
| 3. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? | ja | nein |
| 4. Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? | ja | nein |
| 5. Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen? | ja | nein |
| 6. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | ja | nein |
| 7. Bestehen Kiefergelenksschmerzen? | ja | nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Ist Ihr Kind 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:..... | | |

Schnuller?	ja	nein	Lutschen?	ja	nein
wenn ja, wie lange?.....			wenn ja, wie lange?.....		
Lippenbeißen?	ja	nein	Zungenbeißen?	ja	nein
Nägelkauen?	ja	nein	Sprachfehler?	ja	nein
Mundatmung?	ja	nein			
War Ihr Kind bereits in logopädischer Behandlung?				ja	nein

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und zusätzlichen zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

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