

ANMELDUNG FÜR NEUE PATIENTEN

Liebe Patienten, liebe Eltern!

Vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung möchten wir Ihnen einige Fragen stellen, damit wir uns anhand Ihrer Angaben auf Sie einstellen können und für einen problemlosen Ablauf der Behandlung sorgen können.

Ihre personenbezogenen Daten können auch zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Patienten

Geb. Datum

PLZ, Wohnort, Straße

Geb. Ort

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

Name, Vorname des Vaters

Geb. Datum

PLZ, Wohnort, Straße

Hauptversicherter Ja 0 Nein 0

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

Name, Vorname der Mutter

Geb. Datum

PLZ, Wohnort, Straße

Hauptversicherter Ja 0 Nein 0

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

Krankenkasse (wir bitten um umgehende Information bei Krankenkassenwechsel)

Sind Sie beihilfeberechtigt

0 ja 0 nein

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

0 ja 0 nein

Zahnarzt _____ Überwiesen oder empfohlen durch: _____

BITTE FOLGENDE FRAGEN BEANTWORTEN UND ANKREUZEN

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? 0 ja 0 nein
2. Wenn ja, innerhalb der letzten 12 Monate? 0 ja 0 nein
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus _____
4. Wenn ja, welche Region (Kopfbereich) _____
4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? 0 ja 0 nein

Größe _____ Gewicht _____

- 1. Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung? 0 ja 0 nein
2. Wie lange hat der Patient gelutscht? (Daumen oder Schnuller) _____ Jahre
3. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina)? 0 ja 0 nein
4. Besteht hauptsächlich Mundatmung? 0 ja 0 nein
5. Wurde der Patient an den Mandeln operiert? (Tonsillektomie) 0 ja 0 nein
— Wenn ja, wann _____

6. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate
7. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen
bzw. – Unfälle vor? 0 ja 0 nein
Wenn ja, wann _____ was _____

8. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Infektionskrankheiten.
Herzfehler, Allergien, v. a. Allergien) 0 ja 0 nein

— Wenn ja, welche Krankheit: _____

9. Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? 0 ja 0 nein
Wenn ja, weshalb _____ wo _____

10. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? 0 ja 0 nein
11. Der Patient ist in kieferorthopädischer Behandlung 0 ja 0 nein
Der Patient war in kieferorthopädischer Behandlung 0 ja 0 nein
Der Patient war zur kieferorthopädischen Beratung 0 ja 0 nein

Wenn ja, bei: _____ von: _____ bis _____

Datum: _____ Unterschrift: _____