

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Die Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Zahnarzt: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat freiwillig

Beihilfe: Ja Nein

Krankenkasse: _____ Ort: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die kieferorthopädische Leistungen beinhaltet: Ja Nein

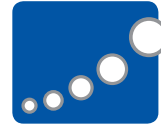
Falls ja - wann wurde diese ungefähr abgeschlossen und bei welchem Anbieter ?

Sollte sich während der Behandlung die Krankenkasse, der Zahnarzt, der Wohnsitz oder die Telefonnummer ändern, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit !

Bestehende Erkrankungen:	Ja	Nein
• Herz/Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leber/Verdauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lunge/Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Nieren/Harnorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche ? _____

Sonstige Erkrankungen: _____



- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Hatten Sie einen Unfall, bei dem bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind ?
Wenn ja, wann ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten und/oder behandelt worden ?
Wenn ja, wann und bei wem ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden bei Ihnen Weisheitszähne entfernt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Atmen Sie überwiegend durch den Mund ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben oder hatten Sie Probleme im Hals-Nasen-Ohren-Bereich ?
Wenn ja, welche ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie Sprachstörungen ? (z.B. lispeln) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Beißen Sie auf Zunge, Lippen oder Fingernägel ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wird bei Ihnen regelmäßig eine Zahnreinigung durchgeführt ?
Wenn ja, in welchem Zeitabstand ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Rauchen Sie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bestehen orthopädische Probleme ?
Wenn ja, welche ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden ?
Wenn ja, welche ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden diese bereits behandelt ?
Wenn ja, wie ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie eine Schlafstörung ?
Wenn ja, welche ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Besteht zurzeit eine Schwangerschaft ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kopfes angefertigt ?
Wenn ja, wann ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Überweisung oder Empfehlung durch: _____

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).
Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____