

ANMELDUNG FÜR NEU IN BEHANDLUNG TRETENDE PATIENTEN

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Zahnarzt: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Wurde schon mal eine kieferorthopädische Behandlung/Beratung durchgeführt? Ja Nein
(wenn ja, wo? _____)

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Hat einer der Elternteile Zahnfehlstellungen? Ja Nein

Wenn gelutscht wurde (Schnuller/Daumen), wie lange? Ja Nein

Bestehen häufig Erkältungskrankheiten (mehr als 2 mal im Jahr)? Ja Nein

Besteht hauptsächlich Mundatmung? Ja Nein

Wurden die Mandeln operiert? Ja Nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate

Lagen bereits irgendwelche Mund-/Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? Ja Nein
(wenn ja, welche? _____)

Bestehen schwerwiegende Krankheiten wie Diabetes, TBC, Asthma, Epilepsie, AIDS, etc? (Wenn ja, welche? _____) Ja Nein

Wird zur Zeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Bei Kassenpatienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wurde der Patient schon ein mal geröntgt? Ja Nein
(wenn ja, wo? _____, wann? _____)

Bei Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art.9 Abs.2 +3 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern, sowie bei Bedarf dem behandelnden Hauszahnarzt/Kieferchirurgen übermitteln darf.

Datum

Unterschrift