

**Anmeldeformular für neu in Behandlung tretende Patienten**

**(E)**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patienteltern,**

wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender, teilweise gesetzlich vorgeschriebener Fragen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Vertreter:** (wenn abweichend von Patient/ Versicherten)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- pflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse Kasse: \_\_\_\_\_
- freiwillig versichert in einer gesetzlichen Krankenkasse Kasse: \_\_\_\_\_
- private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

**Hausarzt/Kinderarzt Patient:** \_\_\_\_\_ **HNO- Arzt Patient:** \_\_\_\_\_

**Zahnarzt Patient** \_\_\_\_\_ **überwiesen vom** (z.B. Zahnarzt) \_\_\_\_\_

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

- durch Ihren behandelnden Zahnarzt  
(bitte unbedingt Namen angeben \_\_\_\_\_)
- auf Empfehlung von Familie/ Freunde/ Bekannte
- durch andere Patienten
- durch Das Telefonbuch
- durch Gelbe Seiten
- durch Das Örtliche
- durch Internet
- durch Internet/ Telefonbuch
- durch Internet/ Gelbe Seiten
- durch www.my-smile.net

**Anamnese** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen)

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in **ärztlicher/ zahnärztlicher** Behandlung?  ja  nein  
wenn ja: weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen?  
Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Aids, Gelbsucht, Blutungsneigung,  
sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen?  ja  nein  
wenn ja: welche \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in **kieferorthopädischer** Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Hat ein Elternteil eine Zahnfehlstellung?  ja  nein

Haben Sie Beschwerden  beim Kauen?  beim Beißen?  beim Sprechen?

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein

Schnarcht ein Elternteil?  ja  nein

Haben Sie eine Schlafstörung (Durchschlafstörung / OSAS)?  ja  nein

Hatte ein Elternteil eine Schlafstörung?  ja  nein

Haben Sie eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit?  ja  nein

Spielen Sie ein Blasinstrument?  ja  nein  
Wenn ja: welches? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**Angewohnheiten/ Habits**

Schnuller  ja  nein Lutschen (Daumen o. ä.)  ja  nein

Lippenbeißen  ja  nein Bettnässen  ja  nein

Nägelkauen  ja  nein Sprachfehler  ja  nein

Mundatmung  ja  nein Logopädie  ja  nein

**Röntgen:**

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?  ja  nein

beim Arzt / Name \_\_\_\_\_

beim Zahnarzt/ Name \_\_\_\_\_

im Krankenhaus/ Name \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift