

Anmeldeformular für neu in Behandlung tretende Patienten

(K)

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 der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes zurück? Monat _____ Jahr _____

Ist Ihr Kind zurzeit in **ärztlicher/ zahnärztlicher** Behandlung? ja nein

wenn ja: weshalb? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja: welche? _____

Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen?

Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Aids, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten: _____

Hatte Ihr Kind schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen? ja nein

wenn ja: welche _____ wann? _____

War Ihr Kind 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

Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen? beim Beißen? beim Sprechen?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Schnarcht ein Elternteil? ja nein

Hat Ihr Kind eine Schlafstörung? ja nein

Hat ein Elternteil eine Schlafstörung? ja nein

Hat Ihr Kind eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? ja nein

Spielt Ihr Kind 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:

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? ja nein

beim Arzt / Name _____

beim Zahnarzt/ Name _____

im Krankenhaus/ Name _____

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter