



Anmeldung zur Neuaufnahme

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Zahnarzt

empfohlen/überwiesen durch

Gesetzlich versichert

(Krankenkasse: _____)

mit privater Zusatzversicherung

(Versicherung: _____)

Privat versichert

(Versicherung: _____)

Sind Sie beihilfeversichert?

(Beihilfe: _____)

Basistarif

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Beruf

beschäftigt bei

Telefon (geschäftlich)

E-Mail Adresse

ja nein

1. Wurden Sie schon einmal geröntgt?

2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?

3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

_____ Monate

6. Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?
(wo _____) (Zeitraum _____)

7. Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?

8. Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten?
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)

9. Besteht hauptsächlich Mundatmung?

10. Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen, Unfälle vor?
(wenn ja, wann _____, was _____)

11. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen?
(Rachitis, Diabetes, HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Asthma,
Allergie, Epilepsie, Herzfehler, sonstige Erkrankungen)
(_____)

Bitte umblättern

- | | <u>ja</u> | <u>nein</u> |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 12. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
(wenn ja, wo _____, weshalb _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Wurden bei Ihnen ärztliche Eingriffe bei einem
HNO-Arzt durchgeführt? (Adenotomie, Tonsillektomie,
Tonsillotomie)
(wenn ja, wann _____, was _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
(wenn ja, seit wann _____, welche _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Leiden Sie unter Schmerzen am Kiefergelenk / Unterkiefer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Haben Sie ein „Knacken“/„Reiben“ im Kiefergelenk? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Leiden Sie unter Spannungskopfschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Schnarchen Sie und leiden Sie an Tagesmüdigkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Kieferorthopädin meine Daten im Rahmen der gesetzlichen Fristen elektronisch speichert und wenn dies die Behandlung voraussetzt oder dem Wohl des Patienten dient, mit anderen Ärzten in Kontakt tritt und ggf. patientenrelevante Daten (z.B. Röntgenbilder, Befund etc.) austauscht. Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Kieferorthopädin meine Daten zur schriftlichen oder telefonischen Kontaktaufnahme nutzen darf. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____