

### Anmeldeformular für neu in Behandlung tretende Patienten

Patientenname:.....Vorname:.....geb.: .....  
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....  
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....  
 Krankenkasse:.....Geschäftsstelle:.....  
 Hauszahnarzt:.....Hausarzt:.....

Name des Versicherten:.....Vorname:.....geb.: .....  
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....  
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....  
 Beruf:.....Arbeitgeber:.....

Name des Rechnungsempfängers:.....Vorname:.....geb.: .....  
 Straße:.....PLZ:.....Wohnort:.....  
 Tel. tagsüber:.....Handy:.....E-Mail:.....  
 Beruf:.....Arbeitgeber:.....

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

Ihren behandelnden Zahnarzt  
 (bitte unbedingt Namen angeben).....  
 Auf Empfehlung von Familie Freunde Bekannte andere Patienten Flyer Das Telefonbuch  
 Gelbe Seiten Das Örtliche Internet Internet Telefonbuch [www.kieferortho-engels.de](http://www.kieferortho-engels.de)

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt?             | ja    | nein  |
| 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? | ja    | nein  |
| 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? | ..... | ..... |
| 4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?             | ja    | nein  |
| 5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? | ..... | ..... |

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?   | ja | nein |
| wo:.....wann:.....   |    |      |
| 2. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung?     | ja | nein |
| wo:.....wann:.....   |    |      |
| 3. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? | ja | nein |
| 4. Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?                     | ja | nein |
| 5. Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen?                            | ja | nein |
| 6. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?                               | ja | nein |
| 7. Bestehen Kiefergelenksschmerzen?                                | ja | nein |

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung?  | ja | nein |
| weshalb:.....wo:.....   |    |      |
| 2. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?   | ja | nein |
| welche:.....  |    |      |
| 3. Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten?  | ja | nein |
| Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht,<br>Blutungsneigung, sonstige?..... |    |      |
| 4. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?  | ja | nein |
| wann:.....was:.....   |    |      |
| 5. Sind Allergien bekannt?  | ja | nein |
| welche:.....  |    |      |

