

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

Patientenname: Vorname: Geb:
 PLZ: Wohnort:
 Straße: Telefon:

ADRESSE Name des Versicherten: Geb:
 Beruf: Arbeitgeber:
 Krankenkasse: Geschäftsstelle:
 Hauszahnarzt: Hausarzt:
 Empfohlen/Überwiesen durch:

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:

RÖNTGEN	1. Wurde der Patient 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 zur Zeit eine Schwangerschaft?	ja	nein			
	5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?			
ZAHN- ÄRZT- LICHE ANAM- NESE	War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? (wo..... wann.....)	ja	nein			
	Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	nein			
	Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?	ja	nein			
MEDIZI- NISCHE ANAM- NESE	Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?	ja	nein			
	Knirscht der Patient mit den Zähnen?	ja	nein			
	Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung (wenn ja, weshalb:..... wo.....)	ja	nein			
	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? (wenn ja, welche:.....)	ja	nein			
ANAM- NESE	Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungs- neigung, sonstige Krankheiten?)	ja	nein			
	Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? (wenn ja, wann:..... was:.....)	ja	nein			
GEWOHN- HEITEN	Schnuller	ja	nein	Lutschen	ja	nein
	Lippenbeißen	ja	nein	Zungenbeißen	ja	nein
HEITEN	Nägelkauen	ja	nein	Sprachfehler	ja	nein
	Mundatmung	ja	nein			
	Spielt der Patient ein Blasinstrument				ja	nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung über ein Freies Rechenzentrum vorgenommen wird. Die Daten werden mit Ausnahme der Anschrift nicht gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift