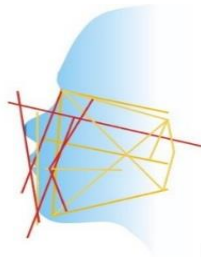


Anmeldung

für neu in Behandlung tretende Patienten



Hauptversicherter (Vater/Mutter)

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Wohnort _____
Straße _____
Telefon _____
Arbeitgeber _____
Beruf _____
Krankenkasse _____
Freiwillig versichert _____

Patient

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Wohnort _____
Straße _____
Telefon _____
Geburtsort _____
Zahnarzt _____
Krankenkasse _____
Zusatzversicherung _____

Beihilfeberechtigt _____

Ich komme auf Empfehlung von _____

() Eine kieferorthopädische Behandlung erfolgt bzw. erfolgte andersorts nicht.

() Der Patient war bereits zur kieferorthopädischer Beratung
bei _____ am _____

() Der Patient war
bei _____ von _____ bis _____
in kieferorthopädischer Behandlung.

Ernährung des Kindes bis _____ Monat

Fluorpräparate () ja () nein

Welche Krankheiten hatte oder hat der Patient?

Allergie (Überempfindlichkeit) gegen:

Hepatitis/Gelbsucht/Lebererkrankung () ja () nein

Zuckerkrankheit/Diabetes () ja () nein

Asthmas () ja () nein

Tuberkulose () ja () nein

AIDS/Immunschwäche () ja () nein

Herzfehler () ja () nein

Nierenerkrankung () ja () nein

Rachitis () ja () nein

Allergie (Überempfindlichkeit gegen): _____

Andere besondere Krankheiten, außer üblichen
Kinderkrankheiten: _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche? _____

Atmet der Patient mehr durch den Mund als durch die Nase ?

ja nein

Hat sich der Patient je einen Zahn aus-oder angeschlagen ?

ja nein

Gemäß Röntgenverordnung bitte ankreuzen:

- Wurde der Patient schon einmal geröntgt ? ja nein
- Wenn ja, innerhalb der letzten 12 Monate ? ja nein
- Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus ?

Bei weiblichen Patienten:

- Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein

Während der kieferorthopädischen Behandlung sind weiterhin regelmäßige Kontrollen beim Hauszahnarzt notwendig.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten bzw. eigene, wenn über 18 Jahre:

Datum

Unterschrift