



Anmeldung Erwachsene

Patient/in _____ geb. _____

Versicherter _____ geb. _____

Anschrift _____

Tel. privat. _____ E-Mail _____

Beruf / Arbeitgeber _____

Ihr Zahnarzt _____ Krankenkasse _____

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn JA, bitte geben Sie an: Wann? / Wie lange? / Wo?

Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Gelenkknacken | <input type="radio"/> Schnarchen |
| <input type="radio"/> Schmerzen im Kiefer-/ Gesichtsbereich | <input type="radio"/> Sprachstörungen |
| <input type="radio"/> Zähnepressen | <input type="radio"/> gestörte Nasenatmung |
| <input type="radio"/> Knirschen | <input type="radio"/> Sonstiges _____ |

Hatten Sie in den letzten Jahren schwere Erkrankungen / Operationen / Unfälle Ja Nein

Wenn JA, was? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn JA, welche? _____

Wurde in den letzten zwei Jahren der Kiefer-/ Gesichtsbereich geröntgt? Ja Nein

Datum _____ Was wurde geröntgt? _____

Bei welchem Arzt? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Empfehlung (Freunde/Familie)

Google

Facebook

Wegweiser

Empfehlung des Zahnarztes

Sonstiges _____

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen/Kolleginnen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen zahnmedizinischen Fachangestellten und Labortechniker/innen.

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift des Versicherten