



Praxis für Kieferorthopädie

Schöne Zähne - mehr Selbstbewußtsein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Kieferorthopäden besonderen Wert legen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Ihre Praxis für Kieferorthopädie

Anmeldung Patient

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/Ort	
Telefon/Fax privat	Handy	E-Mail
Krankenkasse	Beruf	
Arbeitgeber	Telefon Arbeit	

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/Ort	
Telefon privat	Beruf	

Versicherungsverhältnis

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> nur Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilferechtigt | <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |

Wer ist Ihr derzeitiger Zahnarzt?

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis

War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? Dr. _____ von _____ bis _____

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? Ja Nein

Soll die Behandlung übernommen werden? Ja Nein

Liegen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten vor? Ja Nein

- Mutter Vater Bruder Schwester

Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja Nein

Wann kamen die ersten Milchzähne?

- Vor dem 6. Lebensmonat Zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat Nach dem 8. Lebensmonat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

- Vor dem 6. Lebensjahr 6. bis 7. Lebensjahr 8. Lebensjahr oder später

