

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

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

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
	Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?	ja	nein
MEDIZI- NISCHE ANAM- NESE	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, Blutungsneigung, 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 habe den Aushang über die Datenschutzverordnung in der Praxis gelesen und zur Kenntnis genommen. ja

Ort, Datum

Unterschrift