



### Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

#### Adresse

Name:.....Vorname:.....Geb.:.....  
Postleitzahl:.....Wohnort:.....Geburtsort:.....  
Straße:.....Telefon:.....  
E-Mail:.....Handy-Nr.:.....  
Zahnarzt:.....Anzahl der Geschwister:.....  
Empfohlen / Überwiesen durch:.....  
Name des Versicherten:.....Geb.:.....  
Beruf:.....Arbeitgeber:.....  
Krankenkasse:.....Zusatzversicherung:.....

#### Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen (Kästchen) ankreuzen:

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 zurzeit eine Schwangerschaft? ja  nein
5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? .....

#### Ärztliche Anamnese

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein   
wenn ja weshalb:.....wo:.....  
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja  nein   
wenn ja welche:.....  
Bestehen irgendwelche schwerwiegenden, ansteckenden Krankheiten? ja  nein   
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler,  
Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten).....  
Lagen schon irgendwelche Mund-oder Kieferoperationen ja  nein   
oder Unfälle vor? Wenn ja wann:.....was:.....

#### Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein   
wo..... wann.....  
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   
Knirscht der Patient mit den Zähnen? ja  nein

#### Gewohnheiten

spielt der Patient ein Blasinstrument	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnuller	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Lutschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lippenbeißen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zungenbeißen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nägelkauen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Mundatmung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Datum:.....

Unterschrift:.....