

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

Patientenname: Vorname:..... Geb:.....
 PLZ:..... Wohnort:.....
 Straße:..... Telefon:.....
 Geburtsort:.....

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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?	
	4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?	
ZAHN- ÄRZT- LICHE ANAM- NESE	War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? (wo..... wann.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
MEDIZI- NISCHE ANAM- NESE	Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Knirscht der Patient mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung (wenn ja, weshalb:..... wo.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? (wenn ja, welche:.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
ANAM- NESE	Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungs-Neigung, sonstige Krankheiten?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? (wenn ja, wann:..... was:.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
GEWOHN- HEITEN	Schnuller	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Lippenbeißen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HEITEN	Nägelkauen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Mundatmung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Spielt der Patient ein Blasinstrument	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Lutschen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zungenbeißen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Sprachfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Datum:.....

Unterschrift:.....