

**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  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? .....

ZAHN-ÄRZTLICHE ANAMNESE 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   
 Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja  Nein

MEDIZINISCHE ANAMNESE Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung (wenn ja, weshalb:..... wo.....) Ja  Nein   
 Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja  Nein   
 (wenn ja, welche:.....)  
 Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? Ja  Nein   
 (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungs-  
 NESE Neigung, sonstige Krankheiten? ) .....  
 Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? Ja  Nein   
 (wenn ja, wann:..... was:.....)

GEWOHNHEITEN 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

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

Datum:.....

Unterschrift:.....