

97980 Bad Mergentheim

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

ANMELDUNG

Patient (Name/Vorname): _____ **geb.:** _____

Straße: _____ **Tel.:** _____

Postleitzahl: _____ **Wohnort:** _____ **Mobil:** _____

Versicherter (falls v. Patienten abweichend): _____ **geb.:** _____

Straße: _____ **Tel.:** _____

Postleitzahl: _____ **Wohnort:** _____ **Mobil:** _____

Email: _____ **Tel. Arbeit:** _____

Rechnungsanschrift (falls v. Versicherten abweichend) Name: _____

Straße: _____ **PLZ/ Wohnort:** _____

Krankenkasse: _____ **Geschäftsstelle:** _____

Zahnarzt des Patienten (Name/Ort): _____

Praxis wurde empfohlen durch: _____

ANAMNESE

Hatte der Patient besondere Krankheiten? _____ ja 0 nein 0

Welche? Wann? _____

Nimmt der Patient besondere Medikamente ein? Welche? _____ ja 0 nein 0

Besteht eine Allergie? _____ ja 0 nein 0

Sind die Mandeln entfernt worden? _____ ja 0 nein 0

Sind die Polypen entfernt worden? _____ ja 0 nein 0

Wurde schon einmal eine Zahnsperre getragen? _____ ja 0 nein 0

Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? _____ ja 0 nein 0

Besteht eine Schwangerschaft? _____ ja 0 nein 0

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht? _____ ja 0 nein 0

Ist der Patient selbst an einer Zahnregulierung interessiert? _____ ja 0 nein 0

Sind noch andere Verwandte in kieferorthopädischer Behandlung? _____ ja 0 nein 0

Die `Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten` sind in unserer Praxis einsehbar.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____
