

Anmeldung
Für neu in Behandlung tretende Patienten

Name u. Vorname des Patienten : _____ geb.: _____

Name u. Vorname des Vaters : _____ geb.: _____

Name u. Vorname der Mutter : _____ geb.: _____

Beruf der Mutter / des Vaters : _____

Adresse : _____ (Straße) _____ (PLZ) _____ (Wohnort)

Telefon : _____ - _____ Mobil / Arbeit : _____ tagsüber erreichbar

Name des Arbeitgebers : _____

Krankenkasse : _____

Patient ist versichert mit Vater Mutter selbst versichert

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung ?
Name des Zahnarztes : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind oder waren Sie in in kieferorthopädischer Behandlung oder Beratung ?
Name des Kieferorthopäden : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie in ärztlicher Behandlung ?
Name des Arztes : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie Medikamente ?
Welche ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie einen Unfall erlitten ?
Wann und welcher Art ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen ?
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose , HIV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten ?
Herz- / Darmerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Welcher Art ? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Ist die Nasenatmung erschwert ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Treten Kiefergelenkgeräusche (z.B. Knacken) auf ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind die Mandeln / Polypen entfernt worden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Frühere Röntgenaufnahmen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich ?
Wann _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bei Frauen : sind Sie schwanger ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Bekannte / Freunde <input type="checkbox"/> Internet | | |

Wir bitten Sie , uns Änderungen unverzüglich mitzuteilen

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

Dr. med. dent. Dörthe Schafmeyer
Dr. med. dent. Detlev Wende
- Zahnärzte für Kieferorthopädie -

64807 Dieburg
Steinstraße 14
(Fußgängerzone)
Tel. : 06071-25111

Betreff: Röntgenaufnahmen während einer KFO-Behandlung

Möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt haben? Ja Nein

Sehr geehrte Eltern,

während einer kieferorthopädischen Behandlung ist eine umfassende Röntgen-Diagnostik erforderlich.

Wir bitten um Ihr Einverständnis für die Erstellung der Röntgenaufnahmen während der kieferorthopädischen Behandlung.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift)



Bei uns ist eine Behandlung ohne Abdrücke möglich !
Sprechen Sie uns darauf an !