

## Anmeldung

### Hallo,

wir möchten Sie herzlich in unserer Zahnarztpraxis willkommen heißen. Um Ihnen von Anfang an eine optimale Betreuung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, nachfolgenden Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen. Besprechen Sie offene Fragen ggf. auch mit Ihren Angehörigen. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihre Mühe und das in uns gesetzte Vertrauen.

### Persönliche Angaben

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Hsnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Stadt: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Recall erwünscht? Ja Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Über wen versichert? Mutter Vater  
 Beihilfe in % (Privat versichert) \_\_\_\_\_  
 Ihr Zahnarzt: \_\_\_\_\_

### Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?	Ja	Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt?	_____	
Welche Region oder Bereich?	_____	
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
War der Patient schon einmal in kiefer-orthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Wenn ja, wo?	_____	
Und seit wann?	_____	
Waren oder sind Geschwister in kiefer-orthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung?:	Ja	Nein
Hat der Patient besondere Angewohnheiten? (Daumenlutschen, u.s.w.)	Ja	Nein
Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten?	Ja	Nein
Gibt es bekannte Allergien?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?	_____	
Besteht hauptsächlich Mundatmung?	Ja	Nein
Wurden die Mandeln schon operiert?	Ja	Nein
Wenn ja, wann?	_____	
Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?	_____	
Lagen schon Mund- oder Kiefer-operationen bzw. -Unfälle vor?	Ja	Nein
Wenn ja, wann?	_____	
Weshalb?	_____	
Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?	Ja	Nein
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Hepatitis, HIV etc.)		

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen.

Datum: \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift