

Anmeldung

Patient:

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum / Ort:

Krankenversicherung:

Email:

Handy:

Festnetz:

Hausarzt:

Hauszahnarzt:



Versicherter

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum / Ort:

Email:

Handy:

Festnetz:

Rechnungsempfänger (wenn abweichend)

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum / Ort:

Email:

Handy:

Festnetz:

Art der Versicherung:

gesetzlich

freiwillig

privat

Basistarif

Beihilfe

zusatzversichert für KFO

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

persönl. Empfehlung

Internet

www.pinguin-kfo.de

Werbung

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre angegebenen Daten unter Berücksichtigung des gesetzlichen Datenschutzes speichern und verarbeiten dürfen. Weiterhin erteilen Sie die Erlaubnis, dass erforderliche Daten (personenbezogen und medizinisch) an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Dentallabore weitergegeben werden dürfen. Alle Behandler und Mitarbeiter des MVZ, sowie zukünftige Mitarbeiter, Partner, Praxismachfolger und Vertreter dürfen meine Akte einsehen bzw., übernehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift(en) Patient / Erziehungsberechtigter

Anmeldung Seite 2

Patient(in):

Gesundheitsfragen

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? **nein**

(Herz-Kreislauf / innere Organe / Blutkrankheiten / Zuckerkrankheit / Asthma / Infektionskrankheiten wie TBC, Hepatits, HIV)

Ja, folgende:

Bestehen Allergien und Unverträglichkeiten? **nein**

Ja, folgende:

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? **nein**

Ja, folgende: _____

Wurden innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen

im Kopfbereich erstellt? Ja, folgende: **nein**

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja Woche: **nein**

Fand bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung statt? **nein**

Fand bereits eine kieferorthopädische Behandlung statt? **nein**

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen? **nein**

Gab es schon einmal einen Unfall mit Zahn- oder Kieferbeteiligung? **nein**

Bestehen Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen, Kiefergelenksbeschwerden? **nein**

Besteht Zähneknirschen oder Pressen? ja: **nein**

Besteht Mundatmung, Schnarchen oder gibt es häufige Erkältungskrankheiten? **nein**

Bestehen Sprachfehler (z.B. Lispeln)? ja: **nein**

Gab es eine der folgenden Therapien: Logo-T, Ergo-T, Physio-T, Psycho-T? **nein**

Ja, folgende:

Bestehen Angewohnheiten, wie Zungenpressen, Lippenkauen, Nagelkauen? **nein**

Wurde oder wird ein Schnuller genommen oder am Daumen gelutscht? **nein**

Wurden HNO-ärztliche Behandlungen oder Operationen (Mandeln/Polypen) vorgenommen? **nein**

Ja, folgende:

Bemerkungen:

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre angegebenen Daten unter Berücksichtigung des gesetzlichen Datenschutzes speichern und verarbeiten dürfen. Weiterhin erteilen Sie die Erlaubnis, dass erforderliche Daten (personenbezogen und medizinisch) an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Dentallabore weitergeben werden dürfen. Alle Behandler und Mitarbeiter des MVZ, sowie zukünftige Mitarbeiter, Partner, Praxisnachfolger und Vertreter dürfen meine Akte einsehen bzw. übernehmen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte(r)

