



Praxis Dr. med. H.-J. Buchmann

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie



ANMELDEFORMULAR

für neu in Behandlung tretende Patienten

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Angaben zur versicherten Person:

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr): _____

Ggf. abweich. Anschrift des Patienten: _____

Telefon privat (Vorwahl / Nummer): _____ Arbeitgeber: _____

Telefon Arbeit (Vorwahl / Nummer): _____ Tätigkeit: _____

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____

Zahnarzt: _____ Überweisung / Empfehlung von: _____

Angaben zu bisherigen (kieferorthopädischen) Behandlungen:

War der Patient bereits in kieferorthopäd. Behandlung? ja nein

Anzahl der Geschwister: _____ deren Alter: _____

Von den Geschwister waren / sind in kieferorthopäd. Behandlung: _____

Normale Nasenatmung: ja nein

Sprachstörungen: ja nein

War der Patient schon in Behandlung eines HNO-Arztes? ja nein

Wurden die Mandeln entfernt: ja, Jahr: _____ nein

Wurden die Polypen entfernt: ja, Jahr: _____ nein

Fingerlutschen: früher: ja nein noch heute: ja nein

Besonderes:

Besuch in Begleitung von:

Gemäß der Röntgenverordnung müssen folgende Fragen beantwortet werden:

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 zur Zeit eine Schwangerschaft?) ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____