

**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 ?<br>Name des Zahnarztes : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind oder waren Sie in in kieferorthopädischer Behandlung oder Beratung ?<br>Name des Kieferorthopäden : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie in ärztlicher Behandlung ?<br>Name des Arztes : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie Medikamente ?<br>Welche ? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie einen Unfall erlitten ?<br>Wann und welcher Art ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen ?<br>( z.B. Hepatitis, Tuberkulose , HIV )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ?<br>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**

\_\_\_\_\_  
 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.

.....  
(Unterschrift)



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