

**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: \_\_\_\_\_  
(PLZ) (Wohnort) (Straße)

Telefon: \_\_\_\_\_ - Mobil/Arbeit: \_\_\_\_\_  
tagsüber erreichbar

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Patient ist versichert mit  Vater  Mutter  selbst versichert

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
1. Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung? Name des Zahnarztes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind oder waren Sie 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 zu Zeit ansteckende Erkrankungen ? ( z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten? Herz- / Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist die Nasenatmung erschwert ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Treten Kiefergelenkgeräusche ( z.B. Knacken ) auf ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sind die Mandeln / Polypen entfernt worden ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Frühere Röntgenaufnahmen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich? Wann _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir bitten Sie, uns Änderungen unverzüglich mitzuteilen**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten