

– Erwachsene –

Anmeldebogen

die kieferorthopäden



prof. hinz & partner

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Prof. Dr. Rolf Hinz

Dr. Elisabeth Hinz

Dr. Kathrin Paeske-Hinz

Dr. Petra Hinz-Heise

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
	Mobil-Nr.	E-Mail Adresse
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig
private Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
bei Privatversicherten <input type="radio"/> mit Beihilfe <input type="radio"/> ohne Beihilfe		

Wer ist Ihr Zahnarzt? Name und Ort: _____

1. Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
2. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
3. Sind bei einem Unfall Zähne/Kiefer verletzt worden? ja nein
4. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRS) _____
5. Bestehen Allergien ja nein

gegen: _____

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein folgende: _____
8. Leiden Sie an Herz- oder Kreislauferkrank. ja nein
9. Atmen Sie mehr durch den Mund? durch die Nase?
10. Waren Sie bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
11. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein
12. Schnarchen Sie? ja nein
13. Setzen Sie beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein
14. Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? ja nein

Liebe/r Patient/in,
herzlich willkommen in
unserer Praxis!
Damit wir Ihnen eine
bestmögliche medizinische
Betreuung ermöglichen
können, möchten wir Sie
bitten, diesen Anamnese-
bogen auszufüllen. Die
Angaben unterliegen der
ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift