

– Erwachsene –

Anmeldebogen

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	
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: _____

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

gegen: _____

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Freunde u. Familie Internet
 Werbung sonstiges

Datum

Unterschrift

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.