

## Persönliche Daten

Patient/in



Anmeldebogen Erwachsene

Name  Vorname

Geburtsdatum  Beruf

PLZ, Ort, Straße

Telefon  Mobil

E-Mail für Terminerinnerung

Krankenversicherung  Zahnarzt

### Versicherter (falls abweichend)

Name  Vorname

Geburtsdatum  Telefon

PLZ, Ort, Straße

Anmeldebogen Erwachsene

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_
- Wurden Sie an uns überwiesen?  ja  nein
- Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_
- Fand bereits eine kieferorthopädische Beratung/Untersuchung statt?  ja  nein
- Liegen aktuelle Röntgenbilder vor (maximal 12 Monate)?  ja  nein
- Bestehen in der Familie ähnliche Zahn- und Kieferfehlstellungen?  ja  nein
- Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor?  ja  nein
- Lag ein Unfall mit Zahnschäden vor?  ja  nein
- Besteht eine allgemeine Erkrankung  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Liegt eine Erkrankung im Hals-Nasen-Ohrenbereich vor?  ja  nein
- Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein
- Wenn ja, welche und wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Liegt eine bestätigte Allergie vor?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

Hiermit stimme ich zu, an anstehende Behandlungstermine schriftlich/per Mail oder telefonisch erinnert zu werden.  
(wenn nicht zutreffend bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wichtiger Hinweis**

Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung, müssen Sie bei allen kieferorthopädischen Leistungen 20% der Rechnungssumme für Ihre Krankenkasse vorstrecken. Dieser Eigenanteil wird von Ihrer Krankenkasse nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurückerstattet.