

## 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

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten ernst. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Erlaubnis an Dritte weitergegeben. Lesen Sie hierzu auch unsere Patienteninformation zum Datenschutz. Diese liegt im Wartebereich zur Einsicht bereit.

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

\_\_\_\_\_  
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.

Diese Regelung zum Eigenanteil gilt auch schon für die Anfangsdiagnostik - daher ist es möglich, dass Sie die erste Rechnung schon vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn erhalten.