

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 in unserer Praxis 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.