

Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,
wir heißen Sie herzlich in unserer Praxis willkommen und bitten Sie, den Anmeldebogen auszufüllen.

Angaben zum Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Telefon dienstl.: _____

Gesetzlich versichert?

Name der Kasse:

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Privat versichert?

Name der Kasse:

Beihilfeberechtigt Basistarif

Zahnarzt: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Empfohlen von: _____

Bitte beachten Sie auch die
Rückseite des Formulars!
Vielen Dank.

Wurde bereits kieferorthopädisch beraten? ja nein

Wenn ja, bei: _____

Wurde bereits kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wenn ja, bei: _____

Wurde ein Zahn durch einen Unfall verletzt? ja nein

Wurden Operationen durchgeführt? ja nein

Welche? _____

Liegt ein Sprachfehler vor? ja nein

Wurde/Wird eine Sprach-Therapie durchgeführt? ja nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch den Mund? ja nein

Bestehen Allergien? ja nein

Gegen: _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Welche? _____

Liegen andere gesundheitliche Probleme bei Ihrem Kind vor?
(Asthma, Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten, ...)

ja nein

Welche? _____

Wurde Ihr Kind in der letzten Zeit geröntgt? ja nein

Wann? _____ Was? _____

Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein

Ich wünsche eine kieferorthopädische Beratung. ja nein

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Unterlagen meines Kindes
in der Praxis-EDV erfasst werden. ja nein

Ich willige ein, dass meine Röntgenbilder bei Bedarf an mitbehandelnde Ärzte
unverschlüsselt per E-Mail versendet werden dürfen. ja nein

Würzburg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten