

Anmeldeformular

Patient/in _____ geb. _____

Straße _____ Telefon _____

PLZ Wohnort _____ Mobil _____

Versicherte/r _____ geb. _____

Straße _____ Telefon _____

Mobil _____

Beruf /
Arbeitgeber des
Versicherten

Ihr Zahnarzt _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recall-System Ja Nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS Ja Nein

Sind Sie freiwilliges Mitglied in einer
gesetzlichen Krankenversicherung? Ja Nein

War Ihr Kind in kieferortho-
pädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn JA, bitte geben Sie an Wann? Wie lange? Wo?

Wann brachen die ersten Milchzähne durch? _____

Wann brachen die ersten bleibenden Zähne durch? _____

Hat Ihr Kind gelutscht? Ja Nein Wie lange? _____

Nein Lutscht noch! Woran? _____

Lutscht noch!

Wurden Polypen oder Tonsillen entfernt? Ja Nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch Nase den Mund

Welches der folgenden Symptome haben Sie bei Ihrem Kind schon beobachtet bzw. hat es Ihnen mitgeteilt?

- Zähnepressen Sprechfehler Knirschen
 Gelenkknacken Schnarchen Schmerzen im Kiefer-/ Gesichtsbereich

Bestehen oder bestanden

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Allergien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leberentzündung/ Hepatitis/ Gelbsucht | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankungen des Immunsystems | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unfälle im Zahn- / Kieferbereich | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Erkrankungen _____ | | |
-

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn Ja, welche _____

Wurde in den letzten 2 Jahren der Kiefer-/ Gesichtsbereich geröntgt?

Wenn JA, was wurde geröntgt? _____

Bei welchem Zahnarzt? _____

Bei Mädchen:

Bereits Eintritt der ersten Periode? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiß

Datum

Unterschrift des Versicherten