



## Anmeldung Erwachsene

Patient/in \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. privat. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Ihr Zahnarzt \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Gelenkknacken                         | <input type="radio"/> Schnarchen           |
| <input type="radio"/> Schmerzen im Kiefer-/ Gesichtsbereich | <input type="radio"/> Sprachstörungen      |
| <input type="radio"/> Zähnepressen                          | <input type="radio"/> gestörte Nasenatmung |
| <input type="radio"/> Knirschen                             | <input type="radio"/> Sonstiges _____      |

Hatten Sie in den letzten Jahren schwere Erkrankungen / Operationen / Unfälle  Ja  Nein

Wenn JA, was? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten zwei Jahren der Kiefer-/ Gesichtsbereich geröntgt?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_ Was wurde geröntgt? \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Ungewiss

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Empfehlung (Freunde/Familie)

Google

\_\_\_\_\_

Facebook

Wegweiser

Empfehlung des Zahnarztes

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen/Kolleginnen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen zahnmedizinischen Fachangestellten und Labortechniker/innen.

Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten