

Karmarschstr. 44
30159 Hannover

Fon: 0511-32 69 42
Fax: 0511-32 69 41

Von-Alten-Karree
Von-Alten-Straße 21A
30938 Burgwedel

Fon: 05139-9 84 82 33
Fax: 05139-9 84 82 39

E-Mail: Praxis@decassan.de www.decassan.de

ANMELDUNG

Name des Patienten:geb:

Name des Versicherten bzw.:geb:
d. Rechnungsempfängers

PLZ / Wohnort: Straße:

Telefon: Telefon beruflich: Telefon Mobil:.....

E – Mail:.....

Beruf des Versicherten: Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Krankenkasse: Basistarif: Ja Nein

Behandelnder Zahnarzt:

Wer hat Sie empfohlen?

Nach der Röntgenverordnung besteht die Verpflichtung, Ihnen folgende Fragen zu stellen:

Sind vom Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt ?

Welche Röntgenaufnahmen wurden innerhalb des letzten halben Jahres außerdem gemacht ?

.....
Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung

vonbis beidurchgeführt.

Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei Geschwistern Vater Mutter stattgefunden ?

Sind die Mandeln entfernt worden? Ja Nein
Sind die Polypen entfernt worden? Ja Nein
Sind Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche
Bestehen Infektionskrankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche

Sind bei Ihnen oder in der Familie Rheumatische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viel rauchen Sie?

Ist bei Ihnen schon eine Parodontosebehandlung erfolgt? Ja Nein

Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
(Marcumar, regelmäßige ASS – Einnahme)

Bei Änderungen im Laufe der Behandlung informieren Sie uns bitte sofort.

Hannover, den

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten