



ANMELDUNG

Name des Patienten: .....geb: .....Geburtsort : .....

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 angefertigt ?

.....

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung

von .....bis ..... bei .....durchgeführt.

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

Ich/Wir stimmen hiermit, bis auf jederzeitigen Widerruf, der verschlüsselten Übermittlung von E-Mails an den oben genannten Empfänger zu.

Hannover, den .....  
.....  
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten