



Eva Spicker Dr. med. Dr. med. dent.
Kieferorthopädin

Praxis Neumarkt 6-8
47441 Moers
Telefon (02841) 88 79 77
Telefax (02841) 88 79 70

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

Patientenname:..... Vorname:..... Geb.:.....
 Name des Versicherten:..... Vorname:..... Geb.:.....
 PLZ:..... Wohnort:..... Straße:.....
 Telefon privat:..... Telefon dienstlich:..... Hdy.:.....
 Arbeitgeber des Versicherten:.....
 Krankenkasse:.....
 Geschäftsstelle:.....

ADRESSE

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein
 Bei Privatpatienten mit Beihilfe ohne Beihilfe
 Hauszahnarzt:..... Hausarzt:.....
 Empfohlen durch:.....

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:

RÖNTGEN

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? ja nein
 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein
 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?.....
 4. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
 5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?.....

ZAHN-ÄRZTLICHE ANAMNESE

Ist der Patient bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
 Wenn ja, wo.....wann.....
 Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
 Sind die Eltern früher kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
 Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
 Wann kamen die ersten Milchzähne? zwischen dem 6. und 7. Monat
 nach dem 8. Monat
 Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne? vor dem 6. Lebensjahr
 im 6. - 7. Lebensjahr
 nach dem 7. Lebensjahr

Sind bei einem Unfall die Milchzähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden? ja nein

Ist der Patient z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Wenn ja, weshalb.....wo.....
 Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein
 Wenn ja, welche.....

Bestehen schwerwiegende Krankheiten? (z. B. Herzfehler, Diabetes, Asthma, Epilepsie, Blutgerinnungsstörung, Rachitis, ADS, sonstige Krankheiten) ja nein

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Bestehen z. Zt. ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein

Bestehen Allergien? ja nein
 Wenn ja, welche.....
 War der Patient bereits bei einem Sprachtherapeuten? ja nein
 ja nein
 War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Wucherungen/ Polypen wurden entfernt
 Gaumenmandeln wurden entfernt

GEWOHNHEITEN

Lutschen ja nein Sprachfehler ja nein
 Schnuller ja nein Mundatmung ja nein
 Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja nein

Hinweis: Diese Daten werden mit Ausnahme der Anschrift nicht gespeichert.

Für Kassenpatienten: Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis: Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Datum:..... Unterschrift:.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!