



Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis! Wir freuen uns, dass Sie **orthodontics pro dent** als Kieferorthopäden gewählt haben! Um Sie beraten zu können brauchen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine qualifizierte Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor - & Nachname des Patienten : _____ geb.: _____

Vor - & Nachname des Hauptversicherten: _____ geb.: _____

Anschrift : _____

eventuelle Zweitanschrift : _____

Telefon/ Geschäft : _____

Handynummer : _____ Email: _____

Krankenkasse : _____ Priv. Zusatzversicherung: _____

Private Versicherung : _____ Beihilfeversichert : ja__ / nein__

I. Angaben Patient

- Hat der Patient sich bereits kieferorthopädisch beraten oder behandeln lassen (wann und wo?)

- Hat der Patient Allergien? (wogegen?)

- Hat der Patient ein besonderes Anliegen?

- Hat der Patient Erkrankungen der Atemwege?

- Hatte oder hat der Patient Infektionskrankheiten?

- Sonstige Erkrankungen oder Besonderheiten:

- Welche Medikamente nimmt der Patient regelmäßig ein?

- Befinden sich noch weitere Angehörige bei uns in kieferorthopädischer Behandlung?

- Wurde der Patient in den letzten Monaten im Kopfbereich geröntgt?

- Name und Ort des Hauszahnarztes?

Sie werden automatisch in unser Recall -System aufgenommen.

Wir möchten Sie über die Neuigkeiten unserer Praxis informieren

Bitte Informieren Sie mich über die Neuigkeiten der Kinder- und Kieferorthopädische Zahnarztpraxis **kids pro dent** und **orthodontics pro dent**.

Schicken Sie mir/uns keine weiteren Infos.

Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/ Erziehungsberechtigter)