



Dr. Jutta Hartmann
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Patienten,
wir heißen Sie herzlich in unserer Praxis willkommen und bitten Sie, den Anmeldebogen auszufüllen.

Angaben zum Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Telefon dienstl.: _____

Gesetzlich versichert?

Name der Kasse:

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Privat versichert?

Name der Kasse:

Beihilfeberechtigt Basistarif

Zahnarzt: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Empfohlen von: _____

Bitte beachten Sie auch die
Rückseite des Formulars!
Vielen Dank.

Wurde bereits kieferorthopädisch beraten? ja nein

Wenn ja, bei: _____

Wurde bereits kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wenn ja, bei: _____

Wurde ein Zahn durch einen Unfall verletzt? ja nein

Wurden Operationen durchgeführt? ja nein

Welche? _____

Liegt ein Sprachfehler vor? ja nein

Wurde/Wird eine Sprach-Therapie durchgeführt? ja nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch den Mund? ja nein

Bestehen Allergien? ja nein

Gegen: _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Welche? _____

Liegen andere gesundheitliche Probleme bei Ihrem Kind vor?
(Asthma, Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten, ...)

Welche? _____

Wurde Ihr Kind in der letzten Zeit geröntgt? ja nein

Wann? _____ Was? _____

Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein

Ich wünsche eine kieferorthopädische Beratung. ja nein

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Unterlagen meines Kindes
in der Praxis-EDV erfasst werden. ja nein

Ich willige ein, dass meine Röntgenbilder bei Bedarf an mitbehandelnde Ärzte
unverschlüsselt per E-Mail versendet werden dürfen. ja nein

Würzburg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten