

Anmeldebogen

Dr. Ulrich Endres, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Patienten-Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon tagsüber/mobil: _____ privat: _____

Name des Versicherten: _____ Geb.: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Rechnung an: Name, Anschrift: _____

gesetzliche Krankenkasse: _____

Privatversicherung: welche ? _____ Beihilfe: O JA O NEIN wieviel % ? _____

behandelnder Zahnarzt: _____ Ort: _____

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

Anamnese: War der Patient bereits beim Kieferorthopäden ? O JA O NEIN

Findet / fand eine kieferorthopädische Behandlung statt ? O JA O NEIN

Wenn ja, bei wem ? _____ wann ? _____

Waren /sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ? O JA O NEIN

Hatte / hat einer der Eltern/Großeltern eine Zahnfehlstellung ? O JA O NEIN

Gewohnheiten: O Lutschen O Lippenbeißen O Nägelkauen O Sprachfehler O Mundatmung O Schnuller

Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? O JA O NEIN Wenn ja, weshalb ? _____

Werden Medikamente eingenommen ? O JA O NEIN Wenn ja, welche ? _____

Krankheiten/Allergien ? (HIV, Hepatitis, Epilepsie, Herzfehler, Diabetes, Asthma, Allergie, Blutungsneigung, etc...) O JA O NEIN

Wenn ja, welche ? _____

Bitte informieren Sie uns zeitnah über Veränderungen bei Adresse und Telefonnummer, damit wir Sie immer erreichen können.

Gesetzlich Versicherte haben zu Beginn eines jeden Quartals bitte die Krankenversicherungskarte unaufgefordert mitzubringen.

Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten, nutzen personenbezogene Daten unserer Patienten (bzw. deren Eltern/Sorgeberechtigten) entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung sowie Kommunikation mit Patient oder Zahnarzt/Primärarzt (einschl. Berichte). Mit meiner Unterschrift erteile ich auch die Zustimmung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.

Nur für Privat-, Beihilfe- oder PostBeKK-Versicherte: Mir ist bekannt, daß die Erstattung von Leistungen durch Versicherung/Beihilfe möglicherweise ganz oder teilweise nicht gewährleistet ist. Dies berechtigt den Zahlungspflichtigen nicht zur Kürzung der entsprechenden Rechnung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit oben Stehendem und versichere Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Augsburg, den _____ Unterschrift _____

(ggf. des Erziehungsberechtigten)