

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Liebe Patientin, lieber Patient, wir bitten Sie, das Anmeldeformular vollständig und in Druckbuchstaben auszufüllen! Vielen Dank, Ihr lückenlos-Team

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse: _____

Telefon/ Handy: _____

E-Mail : _____

*Beruf: _____

Hausarzt: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Zuletzt geröntgt (OPG): _____

Überweisung von: Hauszahnarzt [] Kinderarzt [] selbst ausgesucht []

*Empfohlen durch: _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt? nein [] ja []

falls ja, wann? _____

durch Dr. _____ wurden Unterlagen erstellt? nein [] ja []

Was stört Sie an der Zahnfehlstellung am meisten? _____

Gibt es in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen? nein [] ja []

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? nein [] ja []

Besteht eine Fehlfunktion der Zunge und/oder der Lippen? nein [] ja []

* Freiwillige Angaben

