Praxis für Kieferorthopädie
Dr. Andrea Bley Dr. Dirk Stützle (ang.)

Tel: 0711 474040
E-Mail: praxis@0711-kfo.de

Anmeldeformular zur kieferorthopädischen Behandlung

Patient: _____
Name, Vorname | Geburtsdatum | Tel.

_____
Straße, Nr. | PLZ Ort | Mobil

Versicherter: _____
Name, Vorname | Geburtsdatum | Tel.

_____
Straße, Nr. | PLZ Ort | Mobil

Krankenkasse und Geschäftsstelle: _____

Zahnarzt: _____

Empfohlen von: _____

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?	Nein ☐	Ja ☐
Falls ja wann?..... durch Dr. ……. Wurden Unterlagen erstellt?	Nein ☐	Ja ☐
Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?	Nein ☐	Ja ☐
Daumen oder Schnuller? Falls ja wie lange……..?	Nein ☐	Ja ☐
Schläft der Patient mit offenem Mund?	Nein ☐	Ja ☐
Knirscht der Patient mit den Zähnen?	Nein ☐	Ja ☐
Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?	Nein ☐	Ja ☐
Wurde oder wird er deswegen behandelt?	Nein ☐	Ja ☐
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?	Nein ☐	Ja ☐
Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten?	Nein ☐	Ja ☐

Kreislauferkrankungen ☐	Herzfehler ☐	Tuberkulose ☐	Diabetes ☐
Ohrenkrankheiten ☐	Epilepsie ☐	Hepatitis ☐	Asthma ☐
Creutzfeldt-Jakob (CJK) ☐	Allergien ☐	Bluter ☐	Aids ☐

Falls ja, bitte genaue Angaben machen: _____

Hatte der Patient einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Nein ☐ Ja ☐

Falls ja, bitte genaue Angaben machen: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gemäß Röntgenverordnung

Hat der Patient einen Röntgenpass?	Nein ☐	Ja ☐
Wurde die Zähne, der Kiefer oder der Schädel schon einmal geröntgt?	Nein ☐	Ja ☐
Falls ja, wann?	_____	
Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger?	Nein ☐	Ja ☐

Alle Angaben zum Gesundheitszustand sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ebenfalls bestätige ich, dass ich die Informationen zur europäischen Datenschutzgrundverordnung erhalten habe.

Stuttgart, den _____
Datum | Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Kirchheimer Str. 55
70619 Stuttgart

© Praxis Dr. Bley Dr. Stützle