



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.

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?  ja  nein

Wenn ja, bei: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

Wenn ja, bei: \_\_\_\_\_

Wurde ein Zahn durch einen Unfall verletzt?  ja  nein

Wurden Operationen durchgeführt?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Atmen Sie vorwiegend durch den Mund?  ja  nein

Wurde in der Kindheit eine Sprach-Therapie durchgeführt?  ja  nein

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Knacken, Schmerzen, ...)?  ja  nein

Bestehen Allergien?  ja  nein

Gegen: \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

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

Welche? \_\_\_\_\_

Wurde Sie in letzter 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 meine Unterlagen  
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 Patienten