

Anmeldeformular für:

Name, Vorname Patient/in:

geb.:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Email der Sorgeberechtigten:

Krankenkasse:

Versichert über:

Bei Patient/innen unter 18 Jahren sind beide Sorgeberechtigten anzugeben.

Mutter:

Name, Vorname:

geb.:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Vater:

Name, Vorname:

geb.:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Zahnarzt des Patienten:

Ist der Patient schon anderweitig kieferorthopädisch behandelt worden?

Wenn ja, bei wem und wann?

Sind Eltern / Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden?

Wenn ja, wer und bei welchem Kieferorthopäden?

Ist der Patient beim Arzt / Zahnarzt geröntgt worden? Wenn ja, wann?

Ist ein Röntgenpass vorhanden?

(Bei Röntgenaufnahme bitte unaufgefordert vorlegen)

Hat der Patient gelutscht / genuckelt, wenn ja - bis zu welchem Alter?

Kaut der Patient an den Fingernägeln?

Schläft der Patient mit offenem Mund?

Sind Mandeln / Adenoide (Polypen) entfernt worden? Wenn ja wann?

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Bestehen Allergien? Wenn ja, wogegen?

.....

Nimmt der Patient Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

Hatte der Patient Unfälle im Gesichtsbereich? Wenn ja, welche?

.....

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

Besteht ein Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?

.....

Weibliche Patienten - besteht eine Schwangerschaft?

Was stört Sie an der Kiefer- oder Zahnstellung?

.....

.....

.....

.....

Es ist mir bekannt, dass bei unvollständigen und unrichtigen Angaben der Personalien oder des Versicherungsverhältnisses die Abrechnung mit dem Sozialversicherungsträger nicht möglich ist und die Leistungen privat berechnet werden müssten. Gleiches gilt für die Kostenerstattung bei privat versicherten und beihilfeberechtigten Patienten. Weiterhin erklären Sie sich damit einverstanden, dass diagnostische Unterlagen (Modelle, Röntgenbilder und Fotos) für die von der Krankenkasse erwünschte Erstellung eines Gutachtens an den Gutachter bzw. Medizinischen Dienst der Krankenkassen übergeben werden können. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Des Weiteren findet die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union uneingeschränkt ihre Anwendung.

.....

Leipzig, den

.....

Unterschrift gesetzl. Vertreter / Patient/in